2025

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Evidencia de Cobertura

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)

del 01 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

H3347_EPS17721_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus servicios y beneficios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 para obtener más información. (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 Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-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 Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP).

Este documento está disponible en inglés gratuitamente.

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

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que se menciona más arriba 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 2026.

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

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

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

H3347_EPS17721_C

Evidencia de cobertura para 2025

Índice

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

SECCIÓN 1 Introducción.....10

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 14

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 17

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) 21

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....30

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....33

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 35

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*..... 38

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros). 39

Índice

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 50

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 54

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 65

SECCIÓN 5 Seguro Social 67

SECCIÓN 6 Medicaid 69

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 77

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 86

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 87

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 89

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 90

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red para obtener atención médica 96

Índice

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe.....108

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....113

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? 114

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....120

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 122

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*..... 126

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....127

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 134

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 271

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*..... 279

SECCIÓN 1 Introducción.....280
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 281
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 292
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos.....297
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?.....300
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 306
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?.....312
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta..315
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 317
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....321

Índice

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*..... 328

SECCIÓN 1 Introducción.....330

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....336

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 337

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos.....342

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....343

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 351

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde los obtiene. 351

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*..... 356

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 357

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....364

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....366

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* ... 368

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 369

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 401

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema* o *una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* ... 405

SECCIÓN 1 Introducción.....406

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....408

Índice

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 409

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....411

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 420

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 439

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....461

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....473

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....482

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....489

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan*..... 497

SECCIÓN 1 Introduccióna la cancelación de su membresía en nuestro plan 498

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....498

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....501

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 503

SECCIÓN 5 Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 504

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 507

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 508

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 508

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 509

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación.....510

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 511

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito actualmente en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP).

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) con opción de proveedor del 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 del plan por un costo adicional. (Para obtener información sobre cómo utilizar la opción de servicio, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) está diseñado para las personas que viven en una institución (como un asilo de ancianos) y/o en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un asilo de ancianos.

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

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

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

Este documento sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura y servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP).

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

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO I-SNP), desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) cada año. Usted puede seguir recibiendo cada año cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Para calificar para nuestro plan, usted debe cumplir *uno de los dos* requisitos que figuran a continuación.

Vive en un hogar de personas mayores disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias,* www.elderplan.org, del plan para obtener una lista de nuestros hogares de personas mayores contratados o llame a Servicios para los Miembros y pídanos que le enviemos una lista.

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de 1 mes, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

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

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan

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

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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se va a otro lugar sin autorización correcta, deberá pagar en total. Las únicas excepciones corresponden a emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

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

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

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la denominamos la "Lista de medicamentos". Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP).

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

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

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- 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)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

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

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

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual Medicare y Usted 2025 *(Medicare & You 2025)*, en la sección titulada Costos de Medicare de 2025 *(2025 Medicare Costs)*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) es de $34.30.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), le comunicamos el monto de la multa.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

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

- Usted ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, 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. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** las siguientes no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios de web de descuentos en medicamentos.

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

- 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, el plan cuenta 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. Para 2024, este monto promedio de la prima era de $34.70. Este monto puede cambiar para 2025.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego eso se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $34.70, lo que es igual a $4.86. Esto se redondea a $4.90. Esta suma debe agregarse a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

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

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

Sección 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 quedan 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 prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen 3 formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Elderplan le enviará una factura de la prima mensual de su plan todos los meses. Envíe la copia de la factura y el cheque o giro postal pagadero a nombre de Elderplan (no a CMS) en el sobre con franqueo pagado que le proporcionamos antes del día 25 del mes actual en que reciba la factura. Si no puede encontrar el sobre con franqueo pagado, puede solicitar otro a través de Servicios para los Miembros, o bien puede enviarnos su pago por correo a:

ELDERPLAN, INC.
PREMIUM PAYMENT
UNIT PO BOX 71401
PHILADELPHIA, PA 19176

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

Opción 2: Puede pagar la prima del plan todos los meses por transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito.

Puede pedir que todos los meses le descuenten la prima del plan de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta forma, comuníquese 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: Descontar la prima del plan 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 prima del plan 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).

Cómo cambiar la forma en la que paga la prima del plan

Si decide cambiar la opción por medio de la cual paga la prima de su plan, es posible que el nuevo método de pago tarde hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

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

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los Miembros para que le enviemos información sobre programas que lo ayudarán a pagar los costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que cambie la parte de la prima que usted tiene que pagar. Esto puede suceder si usted pasara a calificar para el programa de "Ayuda adicional" o si perdiera su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para la "Ayuda adicional" para los costos de los medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Para obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que le informe a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que participe, pero le recomendamos que lo haga).

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

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

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

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

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

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene discapacidad, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 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 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 sea 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 importantes

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)

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

Cómo comunicarse con Servicios para los Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

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 también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
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, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

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

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-800-353-3765 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
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, 46th FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar 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	http://www.caremark.com

Método	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. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar 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	http://www.caremark.com/

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

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

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	718-765-2027

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D
ESCRIBA A	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud para pedir 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 usted considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (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 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. CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones médicas)
SITIO WEB	www.elderplan.org

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones de medicamentos con receta)
LLAME AL	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana
FAX	1-855-633-7673

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones de medicamentos con receta)
ESCRIBA A	CVS CAREMARK MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING P.O. BOX 52066 PHOENIX, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.caremark.com

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	Al 1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye los documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	• **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP):

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

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de New York, el SHIP se 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 ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarlo a resolver dudas o problemas con Medicare y a comprender sus opciones del plan de Medicare, y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
LLAME A	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 Si se encuentra fuera de los distritos municipales 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.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
LLAME A (continuación)	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 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.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
LLAME A (continuación)	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. 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.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
LLAME A (continuación)	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.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A	DUTCHESS COUNTY OFFICE FOR THE AGING 114 DELAFIELD STREET POUGHKEEPSIE, NY 12601 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

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	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 FLOOR NEW YORK, NY 10007 ONTARIO COUNTY OFFICE FOR THE AGING 3019 COUNTY COMPLEX DR. CANANDAIGUA, NEW YORK 14424

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	ORANGE COUNTY OFFICE FOR THE AGING 40 MATTHEWS STREET, 3RD FLOOR - SUITE 305 GOSHEN, NY 10924 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

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	ROCKLAND COUNTY OFFICE FOR THE AGING 50 SANATORIUM ROAD, YAEGER HEALTH CENTER BUILDING B POMONA, NY 10970 SENECA COUNTY OFFICE 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	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/programs/medicare-and-health-insurance

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Cada estado cuenta con una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para el estado de 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.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York)
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., y el servicio de correo de voz las 24 horas está disponible.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	LIVANTA BFCC-QIO PROGRAM 10820 GUILFORD ROAD, SUITE 202 ANNAPOLIS JUNCTION, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **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 sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales).

Método	**Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto**
LLAME A	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Condado de Dutchess: (845) 486-3000 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Monroe: (585) 753-2760 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. Condado de Livingston: 585-243-7300 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Nassau: (516) 227-8519 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
LLAME A (continuación)	Ciudad de New York: (718) 557-1399 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. Condado de Orange: (845) 291-4000 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Orleans: (585) 589-7000 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1500 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
LLAME A (continuación)	Condado de Rockland: (845) 364-3040 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 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. 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 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
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 14620 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd Uniondale, NY 11553

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Ontario County DSS 3019 County Complex Drive Canandaigua, NY 14424 Orange County DSS 11 Quarry Road, PO Box Z Goshen, NY 10924 Orleans County DSS 14016 Route 31 West Albion, NY 14411

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	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

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): (Programa New York State Medicaid); información de contacto
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, NY 14527
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) se incluye información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su vivienda ni su vehículo. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si automáticamente reúne los requisitos para recibir la "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta para informárselo. No es necesario que la solicite. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener la "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 7 días a la semana, 24 horas al día.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de Medicaid de su estado (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Envíe una copia de uno de los 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 recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que le hagamos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar las recetas y las primas del plan de medicamentos, además de otros costos de los medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga en primer lugar.

¿Qué ocurre si tiene “Ayuda Adicional” y cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El ADAP ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (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, notifíquele al asistente de inscripción del ADAP de su localidad para seguir recibiendo asistencia. 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 algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a las personas.

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

Método	Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (EPIC): (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York): información de contacto
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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	**Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (EPIC): (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York): información de contacto**
ESCRIBA A	EPIC P.O. BOX 15018 ALBANY, NY 12212
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos mediante **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que reúnen lo requisitos, tiene más beneficios que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es correcta para usted.

Método	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. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar 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 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y feriados.

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene 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, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre 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. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de 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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando 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. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en la tabla de beneficios del Capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan sus servicios cubiertos para medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

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

- En general, no es necesario que obtenga la aprobación previa de su PCP para consultar con un especialista 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 ciertos servicios, como por ejemplo, consultas con un médico que no sea su PCP en el domicilio o atención médica a domicilio certificada, necesitará una autorización de nuestro plan (consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios médicos que necesitan autorización). 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).

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

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa la atención de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- 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. En este caso, usted pagará 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 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que usted paga por diálisis no puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.
- Conforme a la opción de proveedor del servicio (POS), puede usar proveedores fuera de la red para obtener servicios y beneficios limitados de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no recibir Medicare. No todos los servicios están cubiertos fuera de la red según su opción de 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 se convierte en miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), puede elegir un 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.
- *La función de un PCP en su plan.*
    - Su proveedor de atención primaria le brindará la mayoría de los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

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

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

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Cuando llame, asegúrese de 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 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no tiene una remisión de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales (o vacunas), 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.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no es de emergencia, siempre que esté temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que resulte poco razonable dado el tiempo, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son 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.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros antes de abandonar el área de servicio, así podremos ayudarlo a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Consultas a proveedores especialistas 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. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas 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 folleto).

- *¿Qué función desempeña el PCP (si desempeña alguna) en la remisión de los miembros a especialistas u otros proveedores?*
  - El PCP es la persona más indicada para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. 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 les notificará a usted y a su proveedor la decisión.

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

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor esté por dejar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.

  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si lo tiene asignado, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado dentro de los últimos tres meses.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente está realizando un tratamiento o terapias médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe, y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero en el costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no pueda satisfacer sus necesidades médicas. Si recibe atención de un tipo de proveedor que figura en la sección 2.4 de este capítulo, el proveedor debe llamar al plan para determinar si “se requiere autorización” para el servicio que está recibiendo.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad ante la QIO, una calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

- Paciente internado (enfermedades agudas)
- Servicios de atención médica a domicilio
- Servicios de médicos de atención primaria
- Servicios de quiropráctica
- Servicios de especialistas médicos
- Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)

- Servicios de podiatría
- Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología de diagnóstico
- Servicios de radiología terapéuticos
- 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
- Enemas de bario
- Exámenes rectales digitales
- 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
- Otros servicios de profesionales de salud
- Acupresión complementaria y acupuntura complementaria

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 los planes y no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

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

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que dichos profesionales se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

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

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

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

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o se le da tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red con los que tiene contrato el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son 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 tipo de servicio de atención recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le corresponde pagar del costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

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

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

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique o para obtener nuestra aprobación o su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan sea responsable, que incluyan, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos investigacionales (IDE) y pueden estar sujetos a la autorización previa y otras normas del plan.

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

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la 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 para presentar una solicitud de pagos.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que usted se lleva una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte de un estudio de investigación. En el supuesto caso de que la parte que le corresponde de los costos de esta prueba fuera de $20 con Original Medicare, sería de $10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el examen y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Entonces le notificará a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación como una factura de proveedor al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura de proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.

- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales (CT) que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una CT.
- Los artículos y servicios brindados habitualmente por los patrocinadores de la investigación, completamente gratuitos para cualquier persona inscrita en el estudio.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener 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 el sitio web de Medicare. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, hacemos referencia a otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden poseer el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo al ser miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, deberá devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información sobre el deducible del plan). (La Sección 1.3 brinda más información sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios).

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de presentarle su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Su deducible es de $257. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su copago o el monto del coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible se aplica a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios solo después de que se haya alcanzado su deducible.

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

Servicios de rehabilitación cardíaca; Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca; Servicios de rehabilitación pulmonar; Servicios de terapia de ejercicios con supervisión (SET) para enfermedad arterial periférica (PAD); Hospitalización parcial; Servicios de quiropráctica; Servicios de especialidad en salud mental; Otros profesionales de atención médica; Servicios de psiquiatría; Servicios adicionales de telemedicina; Servicios de tratamiento para dejar los opioides; Procedimientos o exámenes 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); Atención por abuso de sustancias para pacientes externos; Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos; Servicios de ambulancia terrestre; Servicios de ambulancia aérea; Servicios educativos sobre la enfermedad renal; Pruebas de detección de glaucoma; Capacitación para el autocontrol de la diabetes; Enemas de bario; Exámenes rectales digitales; Electrocardiograma después de la consulta de bienvenida; Medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare; Otros medicamentos con receta de la Parte B de Medicare; Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare; Exámenes de la vista cubiertos por Medicare; Anteojos cubiertos por Medicare; Exámenes auditivos cubiertos por Medicare.

Sección 1.3 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

El plan tiene un monto del deducible para ciertos servicios:

- El monto del deducible para la atención para pacientes internados en un hospital es de $1,676 por cada período de beneficios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted debe pagar el costo total de la atención para pacientes internados en un hospital (enfermedades agudas). Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (el copago) durante el resto del año calendario. La atención para pacientes internados en un hospital (enfermedades agudas) está disponible dentro de la red y fuera de la red.
- El monto del deducible para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico es de $1,676 por cada período de beneficios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted debe pagar el costo total de la atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (el copago) durante el resto del año calendario.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos combinados dentro y fuera de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de $9,350.

Los montos que paga por los deducibles, 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 que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo combinado de $9,350 de gastos no cubiertos, ya no deberá pagar más estos gastos durante el resto del año por servicios cubiertos combinados dentro y fuera de la red de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B).

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), una protección importante para usted es que, después de que cumple con los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, denominados **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 esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares; por ejemplo, $15.00), entonces 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), entonces 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 (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).

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

- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- 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 fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. También puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su plan tiene una opción proveedor del servicio (POS) que brinda cobertura para ciertos servicios y beneficios de proveedores fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que provee y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores 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 Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, 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 complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Alcoholismo crónico y otras farmacodependencias
    - Trastornos autoinmunitarios incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Poliarteritis nodosa
        - Polimialgia reumática
        - Polymyositis
        - Artritis reumatoide
        - Lupus eritematoso sistémico
    - Cáncer
    - Cáncer, incluidos, entre otros los siguientes:
        - Leucemia
        - Hodgkin
    - Trastornos cardiovasculares, incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Arritmias cardíacas
        - Enfermedad arterial coronaria

- Enfermedad vascular periférica
- Trastorno tromboembólico venoso crónico

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

- Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Policitemia vera
- Talasemia
- Trombocitopenia
- Macroglobulinemia de Waldenstrom
- Trombocitemia esencial
- Hemocromatosis

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

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

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

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

- Elderplan ofrece productos alimenticios, ciertos pagos de utilidad y beneficios personales de detección de enfermedades crónicas para miembros con determinadas afecciones crónicas. Los miembros confirmarán la elegibilidad después de inscribirse en el plan.
- Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la siguiente Tabla de beneficios médicos.

  Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente qué beneficios puede recibir según su elegibilidad.

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

Tabla de beneficios médicos

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de digitopresión Y Servicios de acupuntura	**Dentro y fuera de la red:** No se requiere coseguro, copago ni deducible por consulta. Máximo de 20 consultas para servicios de acupresión y servicios de acupuntura combinados.

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *de Bienvenido 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 de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	**Dentro de la red 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 de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia previa para pacientes que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario anteriores.	**Dentro de la red 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tengan alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Test multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto risgo. Una vez cada 3 años. • Exámenes de Tomografías basadas en sangre para pacientes de 45 a 85 años y no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro ni copago para un servicio preventivo de enema de bario cubierto por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una serie limitada de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de la fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que implican el trasplante de mandíbula o exámenes bucales anteriores al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	**Servicios odontológicos preventivos:** sin cobertura **Servicios dentales integrales dentro de la red** Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación)	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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 consultas anuales de pruebas de detección de depresión.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: control de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles.	**Dentro y fuera de la red** Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes. • Pruebas de detección de glaucoma.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	**El deducible dentro de la red** Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Plantillas o zapatos terapéuticos para personas con diabetes. • 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En la sección 7 del capítulo 12 y el capítulo 3 de este documento hay una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	**El deducible dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. La autorización solo se requiere para ciertos artículos como equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados, entre otros.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare y seguimos las normas de Medicare sobre la cobertura de DME mientras se encuentra en el asilo de ancianos. 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.	No se requiere coseguro ni copago para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, todos los meses. Sus costos compartidos no cambiarán luego de estar inscrito durante 36 meses.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia • Sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.	Coseguro del 20% (hasta $110) 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 costo compartido. 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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.	estabilice, usted debe regresar 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 mismo costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos **Servicios auditivos cubiertos por Medicare** Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos (continuación) **Servicios auditivos que no cubre Medicare (una vez cada tres años):** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Exámenes auditivos de rutina • Audífonos, incluidos todos los tipos • Adaptación/evaluación para audífonos	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes auditivos de rutina, la adaptación o evaluación para la colocación de audífonos, o los audífonos (todos los tipos) no cubiertos por Medicare una vez cada tres años. La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta $2000 para ambos oídos combinados cada 3 años. Se requiere autorización de un proveedor o especialista.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	**Dentro de la red 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. Lo que significa que dejar el hogar es 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 a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben ser menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar La terapia de infusión intravenosa en el hogar implica la aplicación intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión intravenosa en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra forma por el beneficio de equipo médico duradero.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Suministros médicos Se requiere autorización. • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación) • 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.	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	**Dentro de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Visitas al consultorio de otros profesionales de salud. Es posible que se requieran remisiones. • Consultas a un especialista. Es posible que se requieran remisiones.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a seguir inscrito en su plan; si eligió seguir inscrito en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por 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 Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Original Medicare le facturará costo compartido.	Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) pagará una única consulta por asesoramiento antes de que elija el hospicio.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor 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. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare*?). **Nota:** si necesita atención no relacionada con un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicios (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicios.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe o la gripe (o vacunas), una vez por temporada de gripe/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	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/la gripe y la hepatitis B, ni para la vacuna contra la COVID-19.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones (continuación) También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regular	**Dentro de la red y fuera de la red** Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	En 2025, estos son los montos para cada período de beneficios: un deducible de $1,676. Días 1 a 60: copago de $0 por día. Días 61 a 90: copago de $419 por día. Día 91 en adelante: copago de $838 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones comunitarios de atención, puede elegir recibir sus servicios localmente, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) brinda servicios de trasplante en un centro fuera de sus patrones comunitarios de atención para trasplantes y usted elige recibir el trasplante en este centro alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (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. • Servicios médicos.	

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene cobertura por hasta 190 días de servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente de por vida. • No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener múltiples períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico.	**Dentro de la red** Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido. Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médica necesaria por cada período de beneficios. Además, cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	En 2025, estos son los montos para cada período de beneficios: un deducible de $1,676. Días 1 a 60: copago de $0 por día. Días 61 a 90: copago de $419 por día. Día 91 en adelante: copago de $838 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	**Dentro de la red y fuera de la red** Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Consultas al proveedor de atención primaria (PCP). • Servicios de laboratorio. • Terapia ocupacional, fisioterapia o servicios de patología del habla/lenguaje por consulta. • Servicios de radiología terapéutica.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • 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 protésicos. Se requiere autorización. Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Consultas a un especialista. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de otros profesionales de atención médica. Es posible que se requieran remisiones.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	• Procedimientos/ exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiología de diagnóstico. • Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones. • Suministros médicos Se requiere autorización.

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Insulina suministrada a través de un elemento de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria).	**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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • 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 exámenes adicionales antes o durante el tratamiento que sumarían a sus costos generales. Hable con su médico sobre qué análisis y exámenes 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.	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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores/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. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) 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.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente indicada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo la supervisión apropiada. Determinados medicamentos 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 prodrug (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.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos para las náuseas orales que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia para quimioterapia si se administran antes, o en 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento contra las náuseas intravenosa. • Determinados medicamentos para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B de ESRD lo cubre. • Esteroides amitaticos según el sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Aparpar®.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoietina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD) o necesita este medicamento para tratar anemia relacionada con ciertas afecciones (por ejemplo, Procrit® y Epoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y intravenosa).	

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de tratamiento para dejar los opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD mediante un tratamiento para dejar los opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Los medicamentos para el tratamiento con ayuda de medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas para dejar los opioides aprobados por la 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.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de 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 Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) cubre las primeras 3 pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.	Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Procedimientos/ exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de radiología de diagnóstico.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se otorgan para determinar si necesita ingresar al hospital como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando los solicita un médico u otra persona autorizada por las leyes de certificación del estado y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes externos.	**Dentro de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital.	**Dentro de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios hospitalarios para pacientes externos. • Procedimientos/ exámenes de diagnóstico para pacientes externos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • 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. • 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	• Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de radiología de diagnóstico. No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios: • Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios 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.	• Servicios de radiología terapéutica. **Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios: • Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos. • Dispositivos protésicos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Suministros médicos. Se requiere autorización. • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización de la Parte B de Medicare para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• Servicios de hospitalización parcial. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional licenciado (LPC), un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT), un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	**Dentro de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% para sesiones individuales o grupales de servicios especializados de salud mental cubiertas por Medicare. Se requiere autorización. Coseguro del 20% para sesiones individuales o grupales de psiquiatría cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.
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 o grupales por abuso de sustancias para pacientes externos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. A menos que el proveedor 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 de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% por cirugía para pacientes externos en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio Es posible que se requieran remisiones.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (OTC) Los miembros reciben una tarjeta de productos de venta libre (OTC) con un monto máximo mensual proporcionado por Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) para comprar productos de OTC elegibles. El beneficio de OTC se debe usar durante el mes. El saldo restante de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes. La tarjeta de productos de venta libre no es una tarjeta de débito ni crédito y no se puede canjear por efectivo, ni se puede usar para comprar medicamentos con receta cubiertos por la Parte B o D. Otros beneficios de OTC: • La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento de OTC de la Parte D ni del formulario.	Usted 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	El beneficio de OTC se combina con los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida de su médico, terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o el consultorio de asesores profesionales certificados y es una alternativa a la hospitalización de pacientes internados.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos (continuación) El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de salud mental activo (mental) brindado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida de su médico, terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o el consultorio de asesores profesionales certificados, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si ocurre lo siguiente**: o Usted no es un paciente nuevo. o El control no está relacionado con una consulta en los últimos 7 días. o El control no implica una consulta al consultorio en un plazo de 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**: o Usted no es un paciente nuevo.	Se requiere un coseguro del 20% para cada una de las siguientes consultas en el consultorio del médico: • Servicios de proveedores especialistas. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de otros profesionales de atención médica. Es posible que se requieran remisiones.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico) Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) también cubre lo siguiente:	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) **Servicios de telesalud:** • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: o Servicios de urgencia o Servicios del proveedor de atención primaria o Servicios de especialistas o Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales) o Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales) • 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.	**Dentro de la red** **Servicios de telesalud:** • Copago de $0 por servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Coseguro del 20% para servicios de especialistas. • Copago de $0 para servicios de urgencia.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • La disponibilidad y los medios de comunicación de telesalud varían y dependen de cada proveedor. Para obtener más información, llame a su proveedor.	• Coseguro del 20% para servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales). • Coseguro del 20% para servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales). Es posible que se requiera autorización para los dispositivos de monitoreo remotos de pacientes.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros con diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros que padecen un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental coocurrente, independientemente de su ubicación.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o 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.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplacen una función o parte del cuerpo parte o parte del cuerpo. Entre ellos se incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más información, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección).	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para suministros médicos. Se requiere autorización. No se requiere coseguro ni copago para los dispositivos protésicos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a severa y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si 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 de la red 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer del pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúne 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 por escrito 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 de la red 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer del 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 posterior de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.	**Dentro de la red 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.

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con dicho profesional temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar.	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.	No se requiere coseguro ni copago ni deducible para los siguientes servicios (para tratar enfermedades renales): • Equipo médico duradero (DME) La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	• Servicios de diálisis. **Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de atención de la salud en el hogar. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse "SNF"). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	**Dentro de la red** Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Una vez finalizado un período de

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	beneficios, si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada, se da inicio a un nuevo período de beneficios. En 2025, los montos para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son: Días 1 a 20: copago de $0 por día

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente se brindan en los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos o profesionales.	Días 21 a 100: copago de $209.50 por día. Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) En general, usted obtendrá la atención de SNF en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de personas mayores o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted haya estado viviendo antes de ir al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir lo siguiente: • Certain utility payments • Comestibles • Aseo 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 complementarios 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.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen 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.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) • 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. • 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. La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica la considera médicamente necesaria.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Plan de licencia terapéutica Los miembros tienen hasta cinco días de licencia terapéutica cubiertos por año calendario. La licencia terapéutica hace referencia a cualquier estadía durante la noche fuera del centro de enfermería especializada (SNF) que debe ser congruente con el plan de atención del miembro indicado por un profesional de atención médica tratante o debido a otras licencias, independientemente del índice de ocupación del SNF en el momento de la licencia.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la licencia terapéutica.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte (no cubierto 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte (no cubierto por Medicare) (continuación)	Usted recibirá una tarjeta de asignación prepaga para los servicios de transporte no cubiertos por Medicare. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del trimestre o si cancela su inscripción en el plan.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte (no cubierto 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.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan, es resurgente su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red con los que tiene contratos del plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrar el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de urgencia.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • 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 de la red y fuera de la red** Coseguro del 20% para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos exámenes de la vista si tiene diabetes, pruebas de glaucoma, y pruebas y tratamiento de degeneración macular).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Para las personas con diabetes, se cubre una única 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:** • Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario. • Anteojos, incluidos anteojos con receta y lentes de contacto. Máximo de $500 cada 2 años calendario.	**Dentro de la red** Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos proporcionados luego de una cirugía de cataratas no están sujetos al máximo de $500 cada dos años calendario. Copago de $0 para un examen de **la vista** de rutina por año.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación)	Copago de $0 para anteojos (máximo de $500 cada 2 años calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare El plan cubre la 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 de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un electrocardiograma preventivo luego de una consulta de bienvenida cubierta por Medicare.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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 de este documento).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial. El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Comidas a domicilio.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		✓ • Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ • Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión disminuida.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de rutina de los pies.		• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona que le receta) que escriba una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo O *puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).

- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. (Si desea obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que podamos cubrirlo. (Para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura, 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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

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

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar en su área un proveedor de farmacia de aplicación de infusiones en el hogar. Para obtener más información, llame al 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 asilo de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los Nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.

- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para los Miembros.

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

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

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

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, vaya a 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 de 5 a 7 días hábiles después. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si su proveedor le indica que comience a tomar el medicamento, puede obtener otra receta de su proveedor y adquirir un suministro para 30 días en una farmacia local. Usted deberá pagar el costo compartido que se aplique 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 verificarlo primero, si ocurre lo siguiente:

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

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

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia obtenga automáticamente y envíe cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2101, durante las 24 horas, 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 Servicios para los Miembros.

Resurtidos de recetas 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 y 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. Esto asegurará que su pedido se envíe en tiempo y forma.

Para descuentar el Programa de renovación automática que automáticamente prepara resurtidos por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-490-2102, durante 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 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentosde 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 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 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

En determinadas situaciones, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

- Medicamentos con receta que obtiene como consecuencia de una emergencia médica.
- Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si estos se relacionan con la atención de una emergencia o urgencia médica. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos deberá pagar el costo total (en lugar de abonar su copago o coseguro solamente). 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 cubrirla, 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 se encuentra realizando un viaje, 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 pedido 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 amenmenmen 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se le receta o

  Respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX DRUGDEX.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre registrado propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a los medicamentos, esto podría decir que un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas aneurismas. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual que el medicamento de marca o el producto biológico original, pero, generalmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunas versiones biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

Hay 4 formas de averiguarlo:

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

4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.caremark.com) o llame a Servicios para los Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que quitemos la restricción, tendrá que hacerlo mediante 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 aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidades

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, 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 de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

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

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

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y solicitar 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 consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos 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 el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un *suministro para 30 días*. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un *suministro* para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los miembros que han estado en el 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 esté 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 esté 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.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar 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, el plan podría hacer lo siguiente:

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

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

Consulte el Capítulo 12 para definiciones de los tipos de medicamentos que se analizaron en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

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

- Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento como de la Lista de medicamentos, pasar el medicamento como a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas, o ambos. La nueva versión del medicamento estará con las mismas o menos restricciones.
- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un nombre de marca o añadiendo ciertas versiones nuevas y originales del producto biológico que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o haciendo cambios. Si está tomando un medicamento como en el momento en que realizamos el cambio, se lo informaremos sobre cualquier cambio específico que realizamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en la Lista de medicamentos como un medicamento como un aviso por adelantado.**
    - 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 versión del medicamento que agregamos será con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregaremos ciertas versiones nuevas y originales del producto biológico que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o informarle 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 está tomando 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 informarle sobre el cambio y cubriremos un medicamento para 30 días adicionales que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios 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 ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año actual 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 lo afectarán durante el año actual del plan son:

- 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 para un medicamento que usted toma (excepto para 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 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, encontrará información sobre los tipos de medicamentos con receta que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y el medicamento solicitado se considera que no se excluye de acuerdo con la Parte D, 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 continuación:

- 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 Micromedex DRUGDEX. El uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos 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 o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir una receta, proporcione su información de membresía del plan, que 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.

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

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

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

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

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

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza 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 el que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

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

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o grupo de jubilados), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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 pagaría 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 informa si su cobertura para medicamentos con receta 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 con receta estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o sindicato del empleador o del plan de jubilados.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

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, medicamentos anti-náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y 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, pídales a su proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le comuniquen antes de que su medicamento con receta se obtenga.

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

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

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

realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento con 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 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de 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 dar recetas decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro, podemos limitar cómo 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 cuánto puede obtener, 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 una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de contarnos qué recetas o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que piense que 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 cometamos 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 apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. 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 le colocará en nuestro DMP si posee ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o para el final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudarnos a asegurarse de que nuestros miembros obtengan el beneficio más de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que sobrepasan una cantidad específica de medicamentos o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos 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, cuánto toma, y cuándo 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 recomendada y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, guarde su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

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 *(Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs)*, también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS (Low - Income Subsidy Rider o LIS Rider), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando usa la Herramienta de beneficios en tiempo real del plan para consultar la cobertura de los medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra en tiempo real significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un valor estimativo de los gastos no cubiertos que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la Herramienta de beneficios en tiempo real llamando a Servicios para los Miembros.

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

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

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está 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 con receta de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que debe pagar de su bolsillo si los efectúan **determinadas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare, el empleador o los planes de salud sindicato, TRICARE o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 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 costos que debe pagar de su bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

- Medicamentos que no están cubiertos por 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 sean de la Parte D, incluidos 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 con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que realizan la 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 costos de sus medicamentos que paga de su bolsillo, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros.

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

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe *de la Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto llegue a $2,000, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta conforme a Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP). El monto que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surte o resurte una receta. En las Secciones 4 a 6 de este capítulo, encontrará más detalles de cada etapa. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

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

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por su familia o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, empleador o planes de salud sindicato, TRICARE, Servicios de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información anual. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos y la información sobre los aumentos en los precios desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que está surtindo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, darnos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de los medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted. Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Revise el informe que le enviamos por escrito. Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

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

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de los medicamentos** hasta que llegue al monto del deducible del plan, que es de $590 para 2025. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total normal del medicamento puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $590 por los medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

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

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

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.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentrode la red)** (suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para 31 días como máximo)	**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)
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Usted paga: 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: 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: 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).
Para todos los demás medicamentos	Usted paga: 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: 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: 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 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.

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 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 le gustaría que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recetará, y a su farmacéutico que le resurte, el suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a resurtir mejor las fechas de resurtido del plan para diferentes recetas.

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

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

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

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* de hasta 90 días

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

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

- 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.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 90 días como máximo)†**Ω**	**Costo compartido de servicio de pedidos por correo** (suministro para 90 días como máximo)†**Ω**
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Usted paga: 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: 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).
Para todos los demás medicamentos	Usted paga: 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: 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 para hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo durante el año alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000. 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 gastó, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,000 de su bolsillo durante un año.

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

SECCIÓN 6 Durante 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 costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde los obtiene.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertos 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 sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre las vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (Esto suele denominarse administración de la vacuna).

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

1. Si la vacuna se recomienda para adultos por una organización denominada Comité Consultivo de Prácticas de Inmunización (ARAC).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el APIT y cuesta nada.

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. Alternativamente, un proveedor puede brindarle en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando usted recibe una vacuna, usted debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor para administrarlo. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí que incluye el costo de la administración de la vacuna.

- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: Se le administra la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que lo entrele.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos ningún coseguro O copago por la vacuna (incluida la administración) y menos la diferencia entre el monto que cobra 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 luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administrará la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos por la administración de la vacuna y menos la diferencia entre el monto que cobra 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 que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo 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, puede encontrar que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le denomina reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del importe que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con los plazos para que le reembolsemos el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido según se comentó en este documento. Primero trata de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. No debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las cuales es posible que deba solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

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

Fuera del área de servicio, 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 son 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 solicite el pago de 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 ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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 al plan y pedirle solo su parte del costo. Sin embargo, 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, denominados 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 ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso 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 una discusión 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 su tarjeta de membresía del plan

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso 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 el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. 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.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos *por escrito* una solicitud. 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 brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para presentar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.elderplan.org) o llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario.

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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.

CVS CAREMARK
MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING
P.O. BOX 52066
PHOENIX, AZ 85072-2066

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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 ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su rembolso 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 a apelar esa decisión.

Sección 3.2 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 hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

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

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include, but are not 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 are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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 impreso en letra grande y está disponible de forma gratuita en inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Siempre puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para ver los materiales de su plan. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para los Miembros.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le 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, llame para presentar una queja ante Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765, TTY 711, de 8 a.m. a 8 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.

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 del plan y a recibir los servicios cubiertos que le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o vueltas a surtir en cualquier farmacia de nuestra red sin 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 exijan 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” **(Notice of Privacy Practice)**, 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 estipuladas por ley.
    - Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifiquen la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que la información que identifica de manera única que usted no es compartido.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los Miembros.

Aviso sobre prácticas de privacidad de Elderplan, Inc.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de Elderplan Inc. (el "Plan"), su fuerza laboral, el personal médico y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud ("PHI" o "Información de salud") entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

El Plan se compromete a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros. La PHI es información que: (1) lo identifica (o puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo), y (2) que está relacionada con su afección o estado de salud física o mental, la prestación o el pago de su atención médica.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y otorgarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si esto sucede.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación, las categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. No se enumeran todas las formas de uso o divulgación autorizadas de una categoría, pero las categorías proporcionan ejemplos de usos y las divulgaciones permitidas por ley.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, otros pagos pueden incluir el uso de la información de salud para determinar la elegibilidad para beneficios, la coordinación de beneficios, el cobro de primas y la necesidad médica. También podemos compartir su información con otro plan de salud que le proporcione o le haya proporcionado cobertura a usted para pagos o para detectar o prevenir fraude y abuso de la atención médica.

Actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar la información de salud para las actividades de atención médica que son las actividades administrativas que participan en las operaciones del Plan. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para operar y manejar nuestras actividades comerciales relacionadas con proporcionar y administrar su cobertura de atención médica o resolver reclamos.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud con su proveedor de atención médica (farmacias, médicos, hospitales, etc.) para que el proveedor pueda brindarle atención. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos divulgar la información que su médico nos haya enviado.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita/consulta con nosotros o su proveedor de atención médica. También podemos usar y divulgar información de salud para contarle sobre nuestras opciones de tratamientos, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle.

Al proporcionarnos cierta información, usted acepta expresamente que el Plan y sus socios comerciales pueden usar cierta información (como su número de teléfono particular/laboral/de celular y su correo electrónico) para contactarlo sobre distintos asuntos, como citas de seguimiento, cobro de montos adeudados y otras cuestiones operativas. Usted acepta que puede ser contactado por medio de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y mediante el uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgar información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica. Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal posee autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar a los miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y otra información de contacto), las fechas en las que se le brindó atención médica, el estado de su atención médica, el departamento y los médicos que le proporcionaron los servicios, y la información de los resultados del tratamiento para contactarlo en un esfuerzo para recaudar fondos para apoyar al Plan y otras entidades sin fines de lucro con las que estemos realizando un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada o a nuestros socios comerciales para que lo puedan contactar con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, usted será informado sobre sus derechos para que lo saquen de la lista para no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Además de lo mencionado anteriormente, podemos usar y divulgar información de salud en las siguientes circunstancias especiales. Debemos cumplir con muchas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materialsfor-consumers/index.html.

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se hará a una persona que creamos que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a los socios comerciales a los que nos unimos para proporcionar servicios en nuestro nombre si se necesita la información para tales servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que preste los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato con ellos.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud que se autorice y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Riesgos relacionados con la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar nacimientos o muertes; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos del mercado que puedan estar utilizando; rastrear ciertos productos y controlar su uso y efectividad y si está autorizado por ley; notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; y realizar tareas de supervisión médica de nuestros centros médicos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. También podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; sin embargo, solo divulgaremos esta información si el miembro está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificación profesional de nuestros centros médicos y proveedores. El gobierno necesita estas actividades para controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes de derechos civiles.

Demandas y acciones legales. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que realiza otra persona involucrada en la acción legal, pero solo si se realizaron los esfuerzos necesarios para notificarle a usted acerca de este pedido o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un oficial del cumplimiento de la ley de la siguiente manera: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, notificación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo importante o persona desaparecida; (3) acerca de una víctima de un crimen, si en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) acerca de una muerte que consideramos que ocurrió debido a una conducta criminal; (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a médicos forenses o examinadores médicos. En algunas circunstancias, esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad e inteligencia nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección del presidente y otras personas. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al oficial de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación:
Algunos tipos de información de salud que incluyen, pero no se limitan a, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no apliquen. En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento. Si la utilización o divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este Aviso se encuentra prohibida, o de otro modo restringida por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra política es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En situaciones diferentes a las descritas anteriormente, pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

1) para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio,
2) antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia,
3) en relación con la venta de su información de salud, y

4) por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/sida, abuso de sustancias o información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, como por ejemplo, si ya hemos procedido de acuerdo con la autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre la información de salud que mantenemos sobre usted; todas las solicitudes deben hacerse POR ESCRITO:

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a otra persona que participa en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un miembro de su familia o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos en caso de que afecte su atención. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta salvo que necesitemos usar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Si indicó con claridad que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar distinto de nuestros medios de comunicación usuales. Por ejemplo, puede solicitar que nos contactemos con usted solo por envío de correo postal a una casilla de correo en vez de enviarla a su domicilio, o puede querer recibir llamadas a un número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Es posible que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, le comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la información. Debe decirnos el motivo de su solicitud.

Podemos denegarle la solicitud de enmendar su registro. Podemos rechazarla si su solicitud no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- nosotros no generamos;
- no sea parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted;
- no sea parte de la información que usted tiene permiso para inspeccionar y copiar; o
- sea correcta y esté completa.

Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de información de salud que realizamos en un período de seis años. El registro solo incluirá divulgaciones que no se hayan realizado para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o para "circunstancias especiales" como se indicó en este aviso. Tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce meses pueden estar sujetas a un cargo.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos la entrega de una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento desde el sitio web del Plan: https://elderplan.org

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso, además de obtener una copia impresa de este aviso, debe contactarse con el Plan.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, 46th FLOOR
New York, 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 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 solo con su consentimiento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar 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 aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, 46th FLOOR
NEW YORK, NY 10041

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias contra usted si ejerce su derecho de presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al 1-855-395-9169 (TTY: 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), 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:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Usted tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección médica, independientemente de su costo o si están cubiertos por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene 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 dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no dejarlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

- Completar un formulario por escrito para proporcionarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** 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 si no tiene la capacidad para tomar usted mismo las decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con antelación de estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen distintos tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellos. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para** las directivas anticipadas son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar instrucciones anticipadas para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse, y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

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

Recuerde que es su opción si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle la atención ni discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones 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 hayamos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697 o llame a la **Oficina de Derechos Civiles** de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **bien, puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

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

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare" (Your Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

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

  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Usted debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe 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 del plan.

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

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos 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 han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Hay términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece "presentar una queja" en lugar de "interponer un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura", o "determinación en riesgo", y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente".
- También utiliza la menor capacidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil y, en ocasiones, bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor exactitud para obtener ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, también puede querer la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

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

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista no dentro de la red, esta remisión se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de negación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de cobertura* hace que el servicio referido nunca esté 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 nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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.

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

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, si antes o después de que se recibe un beneficio, y no se encuentra satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que las que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando 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 su apelación de Nivel 1 para la atención médica, su apelación se enviará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- 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 Nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica el Nivel 3, 4 y 5 procesos de apelaciones).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Puede llamarnos a Servicios para los Miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en *www.elderplan.org*).

- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B en su nombre. 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 con receta de la Parte D en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su representante para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderplan.org). El 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.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de 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 comunicarse con su propio abogado o obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También hay 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 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

- **Sección 8** de este capítulo: 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 sección debe estar usando, llame a Servicios para los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

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

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

3 Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos dicho que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que usted considera que debería estar cubierto por el plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura para ciertas atención médica que estaba recibiendo y que nosotros habíamos aprobado previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar 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 atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.** Una decisión rápida de cobertura se denomina **una determinación acelerada.**

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

La decisión estándar de cobertura se toma, generalmente, en un plazo de 14 días calendario o **72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una decisión rápida de cobertura se toma en un plazo de 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos médicos *o* servicios (no se reciben solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos.
- 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 funcional.*

- **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:
  - Explica que usaremos los plazos estándares.
  - También se explica 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.

<u>Paso 2:</u> Pregúntele a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

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

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la **Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para tomar decisiones rápidas de cobertura, usamos un archivo 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 con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

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

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

- Si va a apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que atienden a la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, realice 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 presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. 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 nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es posible que se comunique con usted o con su médico.

Plazos límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si 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 que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

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

Plazos límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si esta es para un medicamento con receta de la Parte B que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para el 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 con receta de la Parte B de Medicare.
- **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 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **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 ser cambiada. 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 del archivo de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, 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 si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la 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 si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para 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 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.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, debemos hacerlo en el plazo de **24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están 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 llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
    - Explicar su decisión.
    - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si su caso cumple con los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si desea 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 de este capítulo explica el Nivel 3, 4 y 5 procesos de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido 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 le envió un proveedor. También le indica 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 tiene cobertura. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago 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 la 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 la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, 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 que describimos 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 ha recibido y pagado, 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 con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6. **En esta sección se tratan solo 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 la Lista de medicamentos en lugar *de la Lista de medicamentos cubiertos* o el *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede solicitarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Pedir que no apliquen una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que obtengan la pre aprobación de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pague por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción al formulario.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, una **excepción al formulario.** Pedir pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel.**

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

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

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento no en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración en la que se explican las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo efecto que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así mientras su médico siga recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo **de 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe pedir un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar 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 proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:

- Explica que usaremos los plazos estándares.
- También se explica 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 decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* 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, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que se identifica qué reclamo negado está siendo apelado.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que es las razones médicas de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- 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 72 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite 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 explicaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir de nuevo que obtenga la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, se presenta una apelación estándar en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, se presenta una apelación rápida en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico (o la persona autorizada a dar recetas) tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que atienden a la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, ya sea 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. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 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 presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir 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. Comprobamos 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 límite 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su 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. La Sección 6.6 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 límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se va al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **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 ser cambiada. 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. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión en el caso de que se aplique o tomaremos una decisión desfavorable respecto de la determinación **en riesgo** según nuestro programa de manejo de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamación al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente revisa su apelación.

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

Plazos límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pídaselo a la organización de revisión independiente para una apelación rápida.
- 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 límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** de 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 **en un plazo de 72 horas** de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento 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 cumple con los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).

- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo 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 es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que deja el hospital se denomina **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 dos días de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *"Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso Si no recibe el aviso de otra persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y pregunte preguntas si no lo entiende.** En este aviso:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar 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 todos 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, 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 o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que 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 respuesta es sí?

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

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza, 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 *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 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, 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 relacionada con su apelación.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazar su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura para su atención para pacientes internados en** un **hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo 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 cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica en el hogar, de atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por 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**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal
Aviso sobre la no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de recibir atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo de tiempo.

2. **Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización** para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso sobre la no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para la Mejora de la Calidad.

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

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones por las cuales finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, 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.

<u>Paso 3:</u> Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted deberá 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 solicitud?

- Si los revisores *rechazan su solicitud*, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un **plazo de 60 días 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 continuó recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención mientras sea médicamente necesaria.

- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada a su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones en las que se incluyen las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaje 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 o brindarle la atención médica 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 atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica 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 *sí o no* a 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 ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que 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 en las que se incluyen las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaje 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 aprobó el juez administrativo o mediador dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí o no* a 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 plazos 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 relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetaron su derecho a la privacidad o compartir 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 el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene 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 del plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o 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?
Puntualidad Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las acciones que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y 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 le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
Puntualidad (continuación)	• Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o medicamentos médicos 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** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **El uso del proceso para quejas** también se denomina **proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

<u>Paso 1:</u> Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedo 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 .

<u>Paso 2:</u> 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 la 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 se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 10.4 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 que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introduccióna la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntariamente de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía en cualquier momento

Usted puede finalizar su membresía en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) en cualquier momento.

- Debido a que vive en un asilo de ancianos, puede **finalizar su membresía** en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-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 coberturapara medicamentos con receta,
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
    - *–o–* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta 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.
- Su **membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros**.
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025***).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o 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 Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) **debe cancelar su membresía en el plan si se produce cualquiera de las siguientes situaciones:**

- 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 seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
    - Si ya no vive en uno de los asilos de ancianos de la red contratados de Elderplan, usted debe cancelar la inscripción o trasladarse a uno de los asilos de ancianos de la red que figuran en el Directorio de proveedores y farmacias.
- Si es encarcelado (va a prisión).

- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya 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 manera 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 el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP) no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos de cancelación de su membresía. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo la Ley del Seguro Social por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, 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, incluida la Ley de Derechos Civiles del Título VI de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud 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 la https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación

Conforme a la ley federal, Elderplan se reserva el derecho limitado de subrogación de acuerdo con este contrato. Esto significa que si (1) usted es dañado por las acciones o instrucciones de un tercero (es decir, una persona que no es parte del contrato), (2) usted demandó y (3) usted recibe el dinero de esa parte (o la compañía de seguros de un tercero) en la resolución de su demanda o porque usted ganará la demanda en el tribunal o en un formulario alternativo de resolución de disputas, luego Elderplan tiene derecho a recuperar el monto, que pagó por su atención médica, incluidos, entre otros, los gastos de los hospitales, los gastos de los médicos, los cargos de los enfermeros, los servicios de atención médica en el hogar, los exámenes, los medicamentos y otros gastos relacionados. Usted acepta notificar a Elderplan si demandó a un tercero por 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 dinero 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 dinero que reciba por parte de un tercero, el costo de la atención médica y de los servicios que se le proporcionaron en relación a la lesión.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. 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 el cuidado 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: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Las versiones biosimilares son tan seguras y eficaces como el producto biológico original. Algunas pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (consulte "Biosimilares intercambiables").

Biosimilares intercambiables: unas versiones que pueden usarse como sustituto de un producto original en la farmacia sin necesidad de un nuevo medicamento con receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de instrucciones automáticas. La renovación automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos **(CORF)**: un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura (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 son elegibles para Medicare pueden normalmente conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la 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 usted 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 un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que usted deba pagar, expresó como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

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. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, como el tiempo que le inste al farmacéutico preparar y envoltir el medicamento con receta.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es el cuidado personal brindado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluyen ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

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 determinaciones 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 el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. 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 dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos solicitados 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 $2,000 para los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo durante el año hayan 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 saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de (HMO-POS I-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 saldos** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha contratado 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 que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Herramienta "Beneficio en tiempo real": un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, del formulario y de beneficios específicos del inscrito. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos al formulario que pueden ser utilizados para la misma afección médica que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (Autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidades) que se aplican a 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. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicio en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización 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 de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistemade información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso complementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitados, 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 medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que ayuda con los costos médicos a personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que se usa para referirse a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: 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 como medicamentos cubiertos por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que 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 encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su 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 que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio**): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare al mismo tiempo. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: el período de tiempo del 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 Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las cuales usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de ancianos, 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.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF) si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de atención especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos, centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que brindan servicios similares de atención médica a largo plazo que están cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyas personas tienen necesidades similares y estado de atención médica al otro tipo de centro nombrado. El Plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los SNP en C-SNP que restringen la inscripción en la MA elegibles para personas que padecen una o una afección crónica más grave o incapacitante, según se define en 42.2 del CFR 42.2, incluida la restricción de inscripción basada en las múltiples situaciones co-morbidas y clínicamente relacionadas con las afecciones especificadas en el 42.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente mayor cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de servicios a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que ayuden a las personas a mantenerse independiente y vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un asilo de personas mayores) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP): los SNP pueden inscribirse personas con derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como la comparación para los fabricantes que realizan una versión inimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células plantas, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan brailles. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Resumen")**.

Programa de descuentos del fabricante: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del 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 los fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo a* determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Los servicios cubiertos por Medicare no incluyen los beneficios adicionales, como los beneficios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que se le da su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son 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.

Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los Miembros de Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-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 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)

El Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	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
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	NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 17TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS Y SERVICIOS 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

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 ni 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 discapacidad para que puedan comunicarse de manera eficaz 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 el coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York, NY, 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien por correo postal o por teléfono como se indica a continuación:

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.

Servicios de interpretación multilingüe

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে৷ একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন৷ বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন৷ পরিষেবাটি বিনামূল্যে৷

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιεσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף (TTY:711) 1-800-353-3765. איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

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.