

2023

 elderplan®

Cuidándole cada minuto, todos los días.



Evidencia de Cobertura

Elderplan Flex (HMO)

del 01 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Elderplan Flex (HMO)

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 2023. **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.

Este plan, Elderplan Flex (HMO), 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 Flex [HMO].)

Este documento está disponible en español y chino sin cargo.

Los beneficios, la prima, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

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_EPS17236_C

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	10
SECCIÓN 1	Introducción.....	11
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	14
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	16
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para <i>Elderplan Flex (HMO)</i>	19
SECCIÓN 5	Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D	24
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía del plan	28
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	29
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	33
SECCIÓN 1	Contactos de <i>Elderplan Flex (HMO)</i> (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros).....	34

Índice

SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	46
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	50
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad ...	53
SECCIÓN 5	Seguro Social	54
SECCIÓN 6	Medicaid	56
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	59
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	65
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	67
CAPÍTULO 3:	Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos	69
SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	70
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red para obtener su atención médica	75

Índice

SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre.....	83
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	88
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?	89
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	94
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos	96
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	100
SECCIÓN 1	Cómo comprender los gastos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	101
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar.....	106
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	227

CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....</i>	235
SECCIÓN 1	Introducción	236
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	237
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	247
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	251
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	254
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	261
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	267
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	269
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	270
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	274

Índice

CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.....</i>	280
SECCIÓN 1	Introducción	281
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	287
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	288
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 4 y 5.....	291
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	292
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del período sin cobertura	299
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	300
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde los obtiene.....	301

CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	306
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	307
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	313
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	315
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i> ..	318
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	319
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	349
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i> ...	354
SECCIÓN 1	Introducción.....	355
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	356

Índice

SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	358
SECCIÓN 4	Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ...	359
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	366
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	384
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.....	407
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	423
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	437
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	443

CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	453
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	454
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	454
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	460
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	462
SECCIÓN 5 <i>Elderplan Flex (HMO)</i> debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	463
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	467
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....	468
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	468
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	469
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	472

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Elderplan Flex (HMO), que es una HMO de Medicare
--

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 Flex (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el acceso a los costos compartidos y de los proveedores de este plan varían de Original Medicare.

Elderplan Flex (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 Flex (HMO).

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 Flex (HMO) 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 Flex (HMO), desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elderplan Flex (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Elderplan Flex (HMO). 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.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

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

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Elderplan Flex (HMO)

Elderplan Flex (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del 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: los condados de Bronx, New York, Queens y Westchester.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 Flex (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. Elderplan Flex (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 Flex (HMO), es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios en un

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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. 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, cuando se trata de situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red) y casos en los que Elderplan Flex (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los Miembros.

Sección 3.4 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 cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Elderplan Flex (HMO). 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 Flex (HMO).

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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

visitar el sitio web del plan (www.elderplan.org) o llamar a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Elderplan Flex (HMO)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

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

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual por separado para Elderplan Flex (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe seguir pagando las 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 afectan a los miembros que no son elegibles para la Parte A gratuita.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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.

Cuando se inscribe por primera vez en Elderplan Flex (HMO), le informamos 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.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, sindicato,

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se espera que pague el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- 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%.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

- 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 2022, este monto promedio de la prima era de \$33.37. Este monto puede cambiar para el año 2023.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$33.37, lo que es igual a \$4.67. Y se redondea en \$4.70. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en el plazo de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

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

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal,

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

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

<h4>Sección 5.1 Existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D</h4>
--

Existen 3 formas para pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Si Medicaid no paga la multa por inscripción tardía, Elderplan le enviará a usted una factura todos los meses. Envíe la copia de la factura y el cheque o giro postal pagadero a nombre de Elderplan en el sobre con franqueo pagado que le adjuntamos antes del día 25 del mes en que reciba la factura. Si no puede

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

encontrar el sobre con franqueo pagado, puede solicitar otro a través de Servicios para los Miembros, o bien puede enviarnos su pago por correo a:

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

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

Opción 2: Pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D todos los meses por transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito.

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

Opción 3: Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Con mucho gusto lo ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

Cambiar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la manera en la que paga su multa mensual, es posible que el nuevo método de pago tarde hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa mensual se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765.

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

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 25 de cada mes. Si no recibimos el pago antes del día 25, le seguiremos enviando las facturas para informarle sobre el saldo actualizado que adeuda. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con Servicios para los Miembros para que le recomendemos programas que lo ayudarán a pagar los costos.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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

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

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

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

- 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 comuniqué 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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):

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

- Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

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

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

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, 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 Flex (HMO) (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 Flex (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME A	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 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
SITIO WEB	www.elderplan.org

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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)*).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME A	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. Attn: Member Services 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
SITIO WEB	www.elderplan.org

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME A	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 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
SITIO WEB	www.elderplan.org

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Coverage Determinations P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.caremark.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Standard/Expedited Appeals P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.caremark.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME A	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 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Elderplan Flex (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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)*).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones de medicamentos con receta)
LLAME AL	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.caremark.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="597 504 1404 661">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="597 672 1404 1323">• 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 <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="548 1333 1404 1491">También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elderplan Flex (HMO):</p>

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	<ul style="list-style-type: none">● Informe sobre su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre Elderplan Flex (HMO) 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).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado

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

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En 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 brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en medio de la presentación
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener **un chat en directo con un representante de MEDICARE al 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
LLAME A	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Ciudad de New York HIICAP 2 Lafayette Street, 17th Floor New York, NY 10007 Condado de Westchester Department of Senior Programs & Service 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

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

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

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 está disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años, o quienes tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal en etapa final y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 6 Medicaid

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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 los siguientes:

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa New York State Medicaid
LLAME AL	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Ciudad de New York: 718-557-1399 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Westchester: 914-995-3333 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Ciudad de New York Administración de Recursos Humanos 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Condado de Westchester Department Of Social Services 85 Court Street White Plains, New York 10601

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa New York State Medicaid
---------------	--

SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
------------------	---

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) se incluye información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 asilos de ancianos: la farmacia le proporcionará la evidencia necesaria en su nombre.
- Al recibirla, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda adicional con Medicare.
- Si no puede encontrar la documentación de respaldo, lo ayudaremos a obtener evidencia de esto, que incluye contactar a Medicare en su nombre para determinar el nivel correcto de copago.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.

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

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

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, infórmele al asistente de inscripción del ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de New York al 1-800-542-2437.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para las personas mayores (EPIC): (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.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) 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). (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la contraportada 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), 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)*).

<h4>Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</h4>
--

- 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 Flex (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Elderplan Flex (HMO), generalmente, cubrirá la 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).

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **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 afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En general, no es necesario que obtenga la aprobación previa de su PCP para consultar con un especialista dentro 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 ayudarle a obtener esas autorizaciones de nuestro plan.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 2 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, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 dicho profesional 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 de la red habitual 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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

<h4>Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica</h4>

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

- *¿Qué es un PCP?*

Cuando se convierte en miembro de Elderplan Flex (HMO), debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un proveedor que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP.

- *¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?*

Puede elegir entre varios tipos de proveedores como PCP. Estos incluyen internistas y médicos de familia que han aceptado brindar servicios a nuestros miembros en calidad de proveedores de atención primaria.

- *Función que desempeña un PCP en su plan.*

Su proveedor de atención primaria le brindará la mayoría de los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- *¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?*

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

- *¿Qué función desempeña el PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa (PA), si corresponde?*

En algunos casos, el PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para determinados tipos de servicios o suministros cubiertos.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

¿Cómo elegir un PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Cuando llame, asegúrese de 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacuna contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son los servicios cubiertos que no son de emergencia, los cuales se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los Miembros antes de abandonar el área de servicio, así podremos ayudarle a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera).
- Consultas a proveedores especialistas del plan.

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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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. Puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- *¿Qué función desempeña el PCP (si desempeña alguna) en la remisión de los miembros a especialistas u otros proveedores?*

El PCP es la persona más indicada para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. Si bien usted puede consultar con el especialista participante del plan que usted elija, el PCP le hará una recomendación y le dará consejos como parte de la coordinación de sus necesidades de atención médica.

- *Qué debe hacer si necesita una autorización previa*

En general, usted obtiene autorización previa a través de su proveedor de atención primaria o especialista. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorización Previa del plan para analizar sus necesidades de servicio. El plan le notificará a usted y a su proveedor la determinación.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- *¿Para qué servicios el PCP deberá obtener la autorización previa del plan?*

Para varios servicios, su PCP puede que tenga que obtener una autorización del plan. Entre ellos se incluyen, entre otros, los servicios prestados por proveedores o centros no participantes, una admisión electiva en el hospital. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido de la red. Su proveedor debe obtener autorización del plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red.
- 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

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. Salvo

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

para la atención de emergencia o de urgencia, o las excepciones que se describen en la Sección 1.2, usted, su PCP o el médico que lo atiende deberán obtener una autorización antes de consultar a proveedores u obtener servicios fuera de la red.

Usted o su proveedor pueden llamar a Servicios para los Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación para obtener cualquier autorización previa necesaria.

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

<h4>Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica</h4>

¿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 afección médica que empeore rápidamente.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

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

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

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Además, nuestro plan proporciona cobertura internacional de emergencia/cobertura internacional de urgencia/transporte de emergencia internacional cuando la necesita, en cualquier lugar del mundo, por hasta \$50,000. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

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

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

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

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

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

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

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación de no emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son i) un dolor intenso que

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

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

Además, nuestro plan proporciona cobertura internacional de emergencia/cobertura internacional de urgencia/transporte de emergencia internacional cuando la necesita, en cualquier lugar del mundo, por hasta \$50,000. (Para obtener información más detallada, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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?

<h4>Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos</h4>

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.

<h4>Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total</h4>

Elderplan Flex (HMO) 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 que paga de su bolsillo.

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

<h4>Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</h4>
--

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted expresa interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 realiza 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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “estudios de investigación clínica y Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/pubs/PDF/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

<h4>Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?</h4>
--

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).

<h4>Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica</h4>

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”.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Elderplan Flex (HMO), por lo general no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo como miembro de

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, la posesión del DME puede transferirse a usted. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No se tienen en cuenta los pagos que realizó en Original Medicare. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan para tener posesión del artículo.

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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 un equipo de oxígeno de Medicare, Elderplan Flex (HMO) 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 Flex (HMO) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, se deberá devolver el equipo.

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

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

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto 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 la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Elderplan Flex (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

<h4>Sección 1.1 Tipos de gastos que paga de su bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos</h4>

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 acerca de 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

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

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 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

El plan tiene un monto del deducible para ciertos servicios:

- Servicios dentales integrales complementarios. Hasta que haya pagado el monto del deducible (de \$100), deberá pagar el costo total de los servicios dentales integrales complementarios. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su parte.

La Tabla de Beneficios de la Sección 2 indica los deducibles para las categorías de servicios.

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

**Sección 1.3 ¿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 dentro 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 2023, este monto es de \$7,550.

Los montos que paga por los deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por la multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde) no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$7,550 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Elderplan Flex (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan 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).

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

- 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 o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los Miembros.

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

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

<h4>Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan</h4>

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Elderplan Flex (HMO) 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 necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

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

- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia.
- 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 deben aprobarse por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos para cada servicio con la nota “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 & You 2023* (Medicare y Usted 2023). 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).

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

- 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 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que figuran a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Alcoholismo crónico y otras farmacodependencias
 - Trastornos autoinmunitarios incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoidea

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

- Lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Cáncer, incluidos, entre otros los siguientes:
 - Leucemia
 - Linfoma de Hodgkin
- Trastornos cardiovasculares, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Arritmias cardíacas
 - Enfermedad coronaria arterial
 - Enfermedad vascular periférica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedades cardíacas, 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

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

- 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:

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

- Asma
- Bronquitis crónica
- Bronquitis
- Enfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Las afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes incluyen, entre otras, las siguientes:
 - Trastorno de bipolaridad
 - Trastornos depresivos graves
 - Trastorno de paranoia
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
- Los trastornos neurológicos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Epilepsia

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

- 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

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

Elderplan ofrece un beneficio de alimentos a los miembros con determinadas afecciones crónicas. Los miembros confirmarán la elegibilidad después de inscribirse en el plan. Elderplan también revisará los datos de las reclamaciones de los proveedores.

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

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



 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
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago por consulta. Se limitan a 20 consultas por año.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare están cubiertos para un máximo de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, las siguientes son características del dolor lumbar crónico:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.	<p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubierta por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>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.</p> <p>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 puede proporcionarle la acupuntura si cumple con todos los requisitos estatales vigentes y tiene:</p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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• 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. <p>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.</p>	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección 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.• El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta 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.	<p>Copago de \$215 por cada viaje de ida o de vuelta.</p> <p>Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico anual</p> <p>Este examen está cubierto además del “Examen de bienvenida a Medicare” y la “Consulta de salud anual”.</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de laboratorio de rutina que no están cubiertos de otro modo por Medicare como preventivos, incluido cuando están indicados médicamente:<ul style="list-style-type: none">○ Panel metabólico integral.○ Hormona estimulante de la tiroides.○ Recuento sanguíneo completo.○ Vitamina D.• Un examen físico práctico que incluye la evaluación de las partes principales del cuerpo.• Una revisión de los problemas médicos activos, el desarrollo de planes de tratamiento específicos y una evaluación.	<p>No se requiere coseguro ni copago para el examen físico anual (se limita a un examen por año).</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico anual (continuación)</p> <p>Nota: Los costos compartidos pueden aplicarse para otros servicios brindados durante el examen físico anual.</p>	
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>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.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar.</p>



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

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


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que 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.</p>	<p>Copago de \$10 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	<p>Copago de \$20 para servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de sangre oculta en la materia fecal con guayacol (gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como una alternativa) cada 24 meses	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un servicio de enema de bario preventivo cubierto por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Para las personas que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p>	<p><u>Servicios odontológicos preventivos</u></p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios dentales preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes bucales• Limpiezas (profilaxis)• Radiografías dentales <p>Servicios dentales integrales complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de restauración• Servicios de endodoncia• Servicios de periodoncia• Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los siguientes servicios dentales preventivos complementarios : <ul style="list-style-type: none">• Exámenes bucales: 1 cada 6 meses• Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses• Radiografías dentales: 1 por año• Serie completa de radiografías: 1 cada 36 meses

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	<u>Servicios dentales integrales</u> Coseguro del 20% para los beneficios odontológicos complementarios cubiertos por Medicare . Medicare pagará solo determinados servicios dentales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare puede pagar la atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento odontológico complicado.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	La cobertura de <u>servicios dentales integrales complementarios</u> se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación: Usted paga: Deducible de \$100 Una vez que se cumple con el deducible, usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales complementarios, hasta un máximo anual de \$1500. Usted paga todos los costos más allá del monto máximo del beneficio.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	<p>La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/ por arco/por cuadrante.</p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 6 meses, por diente.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 24 meses por diente.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses por diente.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	<p><u>Servicios de endodoncia</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente. <p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses, por cuadrante.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por cuadrante.



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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	<p><u>Servicios maxilofaciales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses. <p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0, por unidad.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente.



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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	<p><u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente.• Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por cuadrante. <p><u>Servicios generales complementarios</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos códigos solo a un copago de \$0. <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de pruebas de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de diabetes (continuación)</p> <p>De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que califique para un mínimo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• 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).	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación para el autocontrol de la diabetes.• Pruebas de detección de glaucoma.• 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.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)</p> <p>La cobertura incluye la adaptación.</p> <ul style="list-style-type: none">• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	<p>Coseguro del 20% para plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento hay una definición de “equipo médico duradero”).</p>	<p>Coseguro del 20% por equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web, www.elderplan.org.</p>	<p>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.</p> <p>Coseguro del 20%, cada mes para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento de Medicare. Sus costos compartidos no cambiarán luego de estar inscrito durante 36 meses.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none">• ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia y que• sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren 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 afección médica que empeore rápidamente.</p>	<p>Copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar costo compartido.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/urgencia (el monto de beneficio máximo es de \$50,000).</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, <i>O</i> 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.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio)</p> <p>El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a una membresía en centros de acondicionamiento físico participantes de la red y la opción de elegir un kit de Ejercicios en el hogar que incluye opciones como un dispositivo portátil de seguimiento de estado físico o un kit de fuerza. Además, puede acceder a sesiones individuales de entrenamiento para un envejecimiento saludable por teléfono, video o chat con un entrenador de salud capacitado.</p> <p>Puede llamar a Silver&Fit al número gratuito 1-877-427-4788 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Programa de entrenamiento de la memoria con BrainHQ®</p> <p>Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos. Para registrarse, visite (elderplan.brainhq.com). El número gratuito de BrainHQ® es 1-888-496-1675 (los usuarios de TTY/TDD deben al 711) y está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para BrainHQ®.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios auditivos (continuación)</p> <p>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.</p> <p>Servicios auditivos que no cubre Medicare (una vez al año): Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes auditivos de rutina• Audífonos, incluidos todos los tipos• Adaptación/evaluación para audífonos	<p>Copago de \$35 para cada uno de los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los exámenes auditivos de rutina, adaptaciones o evaluaciones para la colocación de audífono, o audífonos (todos los tipos cada año) no cubiertos por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos (continuación)	Los audífonos (todos los tipos) tienen un beneficio máximo de hasta \$1000 por año para ambos oídos combinados (\$500 disponibles por oído). Copago de \$0 para adaptación/evaluación de audífonos por año. Se requiere de autorización de un médico o especialista.
 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: <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas cubriremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica en el hogar</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o de auxiliar de atención de la salud en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).	<p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos	
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</p> <p>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).</p>	<p>Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con el plan de atención.• Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra forma por el beneficio de equipo médico duradero.• Monitoreo remoto.• 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.	<ul style="list-style-type: none">• Suministros médicos Se requiere autorización.• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. <p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 para cada consulta con un especialista.• Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le 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 Medicare Advantage (MA) posee, controla o tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Elderplan Flex (HMO).</p> <p>Elderplan Flex (HMO) pagará una única consulta de asesoramiento antes de que elija el hospicio.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Cuidado de relevo a corto plazo• Atención en el hogar <p>En caso de ser internado 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.</p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p><u>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:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, el proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: 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).</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p><u>Para los servicios cubiertos por Elderplan Flex (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Elderplan Flex (HMO) 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.</u></p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p><u>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 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</u></p> <p>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.</p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>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.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Vacuna contra la COVID-19• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B, ni para la vacuna contra la COVID-19.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas las dietas especiales• Servicios de enfermería habitual• Costos de las unidades de atención especial (por ejemplo, unidades de atención intensiva o coronaria)	<p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada.</p> <p>Usted paga por admisión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1 a 5: copago de \$390 por día• Día 6 en adelante: copago de \$0 por día

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Drogas y medicamentos• Exámenes de laboratorio• Radiografías y otros servicios de radiología• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios• Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas• Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla o del lenguaje• Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados	<p>Se requiere autorización.</p> <p>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.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Elderplan Flex (HMO) brinda servicios de trasplante	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	
<p>en un lugar fuera de sus patrones comunitarios de atención para trasplantes y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos	

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

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

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.• No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener múltiples períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico.	<p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada.</p> <p>Usted paga por admisión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1 a 5: copago de \$350 por día• Día 6 en adelante: copago de \$0 por día <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta al proveedor de atención primaria (PCP).• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.• Consulta a un endocrinólogo.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Vendajes quirúrgicos• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones• Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos	<p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 para cada consulta a un especialista.• Copago de \$35 procedimientos/exámenes de diagnóstico.• Copago de \$20 para servicios de radiografías.• Copago de \$35 para terapia ocupacional, fisioterapia o servicios de patología del habla/lenguaje por consulta. Se requiere autorización.


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente. <p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de radiología terapéuticos


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

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)	<ul style="list-style-type: none">• Dispositivos protésicos/suministros médicos. Se requiere autorización.• Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>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.</p> <p>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. 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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).• Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizado por el plan.• Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia.	<p>Coseguro del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.• Antígenos• Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas.	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Procrit® y Epoetin Alfa).• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado*:</p> <p>https://www.elderplan.org/prescription-drugs/</p> <p>* La lista se encuentra en la Lista de tratamiento escalonado, en la sección Administración de utilización.</p>	

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de tratamiento para dejar los opioides</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 del MAT (si corresponde).• Asesoramiento sobre el abuso de sustancias• Terapia grupal e individual• Pruebas de toxicología• Actividades sobre el consumo• Evaluaciones periódicas	<p>Copago de \$20 para los servicios de tratamiento para dejar los opioides.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones• Exámenes de laboratorio	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.• Colonoscopias de diagnóstico realizadas en un consultorio.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Elderplan Flex (HMO) cubre las primeras 3 pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos.• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos	<p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 procedimientos/exámenes de diagnóstico.• Copago de \$20 para servicios de radiografías. <p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de radiología terapéutica.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Dispositivos protésicos/ suministros médicos. Se requiere autorización.• Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si necesita ingresar al hospital como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>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.</p>	<p>Coseguro del 20% para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

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

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

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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos• Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa	<p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios hospitalarios para pacientes externos• Hospitalización parcial. Se requiere autorización.• Servicios de radiología terapéutica.• Dispositivos protésicos/ suministros médicos. Se requiere autorización.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o un paciente externo?”. Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. <p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 para procedimientos/ pruebas de diagnóstico para pacientes externos.• Copago de \$20 para servicios de radiografías.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Copago de \$20 para sesiones individuales de especialidades de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$5 para sesiones grupales de especialidades de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para sesiones individuales de servicios de psiquiatría cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$5 para sesiones grupales de servicios de psiquiatría cubiertas por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos 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).</p>	<p>Copago de \$35 para terapia ocupacional, fisioterapia o servicios de patología del habla/lenguaje por consulta.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Estos programas ofrecen tratamiento por abuso de sustancias de manera ambulatoria, en entornos individuales y grupales.</p>	<p>Coseguro del 20% para sesiones individuales y grupales por abuso de sustancias para pacientes externos.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p>	<p>Coseguro del 20% por cirugía para pacientes externos en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Coseguro del 20% para servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	<p>No se requiere coseguro ni copago por visita para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de proveedores de atención primaria (PCP).• Servicios de endodoncia.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si ocurre lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en los últimos 7 días y○ El control no implica una consulta al consultorio en el plazo de las 24 horas o una cita disponible lo antes posible.• Evaluación de videos o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas si ocurre lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no implica una visita al consultorio en los últimos 7 días y	<p>Usted paga un copago por cada consulta para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$35 para consultas a especialistas.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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● 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)	<ul style="list-style-type: none">● Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios proporcionados por otros profesionales de atención médica (como auxiliares médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos). <p>Elderplan Flex (HMO) también cubre lo siguiente:</p> <p>Servicios de telesalud</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:<ul style="list-style-type: none">○ Servicios de urgencia○ Servicios del proveedor de atención primaria○ Servicios de especialistas médicos○ Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)	<p><u>Servicios de telesalud:</u></p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios de telesalud:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de proveedores de atención primaria (PCP).

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)○ Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales) <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">● La disponibilidad y los medios de comunicación de telesalud varían y dependen de cada proveedor. Para obtener más información, llame a su proveedor.	<p>Usted paga un copago de \$10 para los siguientes servicios de telesalud:</p> <ul style="list-style-type: none">● Servicios de urgencia● Servicios de proveedores especialistas● Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)● Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para los miembros que padecen un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	<ul style="list-style-type: none">• Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales)

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses antes de su primera consulta de telesalud.○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ 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	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <p>Servicios de telesalud con TELADOC</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted tiene la opción de recibir servicios médicos generales de médicos certificados por la junta a través de Teladoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o un dispositivo móvil, como una tableta, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.• Usted tiene la opción de recibir servicios de salud mental de los psiquiatras o psicólogos certificados, o terapeutas autorizados a través de los servicios de Teledoc a través de Teladoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o con un dispositivo móvil como una tableta, los 7 días de la semana.	<p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de telesalud con TELADOC.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios a través de Teledoc están diseñados para atender problemas médicos que no sean de emergencia y no deben utilizarse si presenta una emergencia médica.• Si bien este servicio no tiene como objetivo reemplazar a su médico de atención primaria para tratar afecciones comunes o crónicas, a veces una cita virtual con un médico puede ser otra opción cuando el consultorio del médico o el centro de atención de urgencia no están disponibles o abiertos. También se pueden obtener medicamentos con receta cuando sean médicamente necesarios.• Puede llamar a Teladoc para obtener más información sobre el beneficio al 1-800-TELADOC (1-800-895-2362), TTY 1-800-877-8973, los 7 días de la semana, las 24 horas.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	<p>Copago de \$35 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>
<p>Los servicios de podiatría complementarios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.	<p>Copago de \$35 para servicios de podiatría complementarios (atención para los pies de rutina, hasta 12 consultas por año).</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA).</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el servicio preventivo de exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a severa y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Copago de \$20 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios adicionales seleccionados (Beneficio de OTC O beneficio de transporte)</p> <p>Su plan le da derecho a elegir uno de los dos beneficios complementarios con la inscripción: un beneficio para ayudarlo a pagar los medicamentos sin receta de venta libre (OTC) o los artículos relacionados con la salud O el transporte que no sea de emergencia hacia lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. Puede elegir solo uno de los dos beneficios.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los beneficios adicionales seleccionados.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios adicionales seleccionados (continuación)</p> <p>1. Con el <u>beneficio de productos de venta libre (OTC)</u>, los miembros reciben una tarjeta de OTC con un monto máximo trimestral proporcionado por Elderplan Flex (HMO) para comprar artículos de OTC elegibles. Usted puede comprar hasta \$120 por trimestre de productos de OTC elegibles. El beneficio de OTC se debe usar durante el trimestre. El saldo restante de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre. 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.</p>	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios adicionales seleccionados (continuación)</p> <p>Para los miembros elegibles, el beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.</p> <p>2. Con el <u>beneficio de transporte</u>, puede realizar un máximo de 48 viajes de ida o vuelta por año a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta. Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente año.</p>	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>


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

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

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer del pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</i></p>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>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.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre estas, cubiertos por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios 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.• 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).	<p>Coseguro del 20% para los siguientes servicios (para tratar enfermedades renales):</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de diálisis• 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.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir atención especial).• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).• Equipos y suministros para diálisis en el hogar.• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.• Servicios educativos sobre la enfermedad renal.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <p>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”.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de atención de la salud en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “servicios en un centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas las dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).	<p>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).</p> <p>Usted paga por admisión:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$196 por día</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF• Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.• Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF• Servicios médicos o profesionales	<p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención de un centro de enfermería especializada).• Un SNF en donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> 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.</p> <p><u>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:</u> 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas selectos.• Comidas entregadas a domicilio, que pueden solicitarse en línea o por teléfono.	<p>Para usar este beneficio, usted debe elegir a OTC como su beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</p> <p>Los miembros que no son elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo recibirán la cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta.</p> <p>La cobertura combinada de OTC de hasta \$120 por trimestre estará disponible cada tres meses. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente trimestre.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>	<p>Este beneficio de SSBCI se combina con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos, así como comidas entregadas en su hogar, como parte de la asignación trimestral de OTC.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>El SET está cubierto para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico	<p>Copago de \$25 para cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o que se encuentra infundada, para obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) que necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, debido a sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de un proveedor de la red de inmediato, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Copago de \$35 por cada consulta de servicios de urgencia.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un copago.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) Cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/urgencia (el monto de beneficio máximo es de \$50,000).	


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios de atención de la vista cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más.	<p>Copago de \$25 para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos pruebas y tratamiento de degeneración macular).</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p>


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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 incluye la inserción de una lente intraocular (si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Los servicios de atención de la vista no cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si un proveedor del plan le diagnosticó diabetes, puede ser elegible para un costo compartido reducido para la retinopatía diabética y para los exámenes de la retina diabética para una cantidad ilimitada de pruebas de detección.	<p>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 monto máximo anual (\$200).</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para las pruebas de detección de retinopatía diabética (exámenes de la vista).</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos para la atención de la vista complementarios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario.• Antejos, incluidos anteojos con receta y lentes de contacto. Máximo de \$200 por año calendario.	<p>Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos por año.</p> <p>Copago de \$0 para anteojos (máximo anual de \$200 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas).</p>

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>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.</p> <p>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 personal del consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un electrocardiograma preventivo luego de una consulta de bienvenida cubierta por Medicare.</p>

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

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

Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o no están cubiertos en ninguna circunstancia o 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. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ <ul style="list-style-type: none">• 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.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Cuidado asistencial. (Atención que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requiere habilidades ni preparación profesional, por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>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.</p>	<p>✓</p>	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Los cargos cobrados por atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	✓	
<p>Comidas a domicilio</p>	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de naturópatas (tratamientos naturales o alternativos).	✓	
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.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	✓	
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 ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos en un hospicio.

<h4>Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan</h4>
--

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

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

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

Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).

- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

<h4>Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red</h4>

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

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

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

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. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la 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 puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en 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:

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar en su área un proveedor de farmacia para el tratamiento de infusión en el hogar. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765.
- 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. (**Nota:** esta situación rara vez se produce).

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

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

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

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

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

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

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le enviará en, como mucho, 5 a 7 días hábiles. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si el proveedor le indica que debe comenzar a tomar el medicamento, puede pedirle otra receta y solicitar 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

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

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.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica sin consultarle primero en los siguientes casos:

- si usó servicios de pedidos por correo con este plan anteriormente; o
- si se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento ingresando a su cuenta en [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llamando a Servicios para los Miembros.

Si recibe una receta que no quiere por correo de forma automática y no se pusieron en contacto con usted para ver si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó el servicio de pedidos por correo anteriormente y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros ingresando a su

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

cuenta en Caremark.com o llamando a Servicios para los Miembros.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega por correo o decide suspender el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si quiere que se surta y envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para que pueda informarles si desea enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.

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

Si opta por no usar un programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia

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

29 días antes de que se acabe su receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe en tiempo y forma.

Para cancelar su inscripción al programa de resurtido automático que prepara resurtidos por correo automáticamente, póngase en contacto con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-490-2102, 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 aquellos 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 medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que

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

proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para los Miembros.

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

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

Consulte primero con Servicios para los Miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es probable que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Si toma un medicamento con receta de forma regular y se encuentra viajando, 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 pedidos por correo de nuestra red o a través de una farmacia de pedidos por correo que proporcione

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

suministros extendidos. Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero estará fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde los medicamentos con receta o se le acaban, cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si usted cumple con todas las demás normas de cobertura detalladas en este documento y no hay disponible una farmacia dentro de la red. En estos casos, primero consulte con Servicios para los Miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si trata de obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna y este medicamento cubierto en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro de una especialidad farmacéutica que envía directamente el fabricante o proveedor especial) no está en el inventario habitual de las farmacias accesibles de la red o que brindan el servicio de pedido por correo.

¿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)

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

cuando lo obtenga. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

<h4>Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</h4>

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

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

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 incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que*:

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

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

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre registrada propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a los “medicamentos”, esto podría decir un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los genéricos funcionan igual que el medicamento de marca, pero, generalmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

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.

<p>Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos</p>

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

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

- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: Medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay 3 formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o ponerse

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

en contacto con 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 para los Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

<h4>Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</h4>

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 alentarlos 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 alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.

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

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos.

Cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.

No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni el medicamento cubierto que trata su afección, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

(La parte que le corresponde del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”.

Esto se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que, generalmente, son igual de eficaces antes de que el plan le

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

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 resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidades

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

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

<h4>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</h4>

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o un medicamento que usted y su proveedor piensan

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

que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Se cubre el medicamento, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- 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.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, le 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 que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

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

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

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

- Si deja el centro de LTC o el hospital y regresa a su hogar como paciente externo, cubriremos un suministro temporal para 30 días como máximo (a menos que tenga una receta para menos días) después del alta, para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario o que tengan restricciones o límites de cobertura.

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

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

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

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

2) Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 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.

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

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Explica los

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

procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

<h4>Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año</h4>

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura para un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Eliminaremos el medicamento de marca de la Lista de medicamentos de inmediato si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en

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

el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero lo pasaremos de inmediato a un nivel de costo compartido superior o agregaremos restricciones nuevas, o ambos cuando se agregue el nuevo genérico.

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando un medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de realizar el cambio.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por algún otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambos. También podríamos hacer cambios basados en advertencias resaltadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación, o darle un aviso sobre el cambio y darle un resurtido de

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

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

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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará en su caso si usted toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán al 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.

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

- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

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

<h4>Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos</h4>
--

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, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no

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

autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

- La cobertura para la “indicación no autorizada” está permitida únicamente cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos 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 para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

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

- 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.

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

<h4>Sección 8.1 Proporcione su información de membresía</h4>
--

Para surtir una receta, proporcione su información de membresía del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos* corresponde del costo de sus

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

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 su membresía del plan en el momento de surtir una receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

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 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería

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

especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este Capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza sea 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.

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

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), 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.

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 informe 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 pague, en promedio, 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 lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de

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

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?

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

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

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

<h4>Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura</h4>

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

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo

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

- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor.

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

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

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

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

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

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de contarnos qué médicos 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 determinación o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. 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.

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

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

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos elevados de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides con seguridad pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. 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

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

seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos con todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, el momento y el motivo por el cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

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

CAPÍTULO 6:

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

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 “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

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

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.

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”; 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.

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

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 paga 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 cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
 - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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* si los efectúan **determinadas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial O de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.

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

- Los pagos por sus medicamentos que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

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

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto llegue a \$7,400, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial *O* la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

<h4>Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elderplan Flex (HMO)?</h4>

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta conforme a Elderplan Flex (HMO). El monto que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surte o resurte una receta. En las Secciones 4 a 7 de este capítulo, encontrará más detalles de cada etapa. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del período sin cobertura

Etapas 4: Cobertura en situaciones catastróficas

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido que figura, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

<h4>Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”)</h4>
--

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 este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

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

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

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

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de los medicamentos que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, debe darnos copias de estos 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 una farmacia 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 pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos

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

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, léala 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 sus medicamentos de los Niveles 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$375 para los medicamentos de los Niveles 4 (Medicamentos no preferidos) y 5 (Medicamentos especializados). **Usted paga**

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

el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible.

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 \$375 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5, 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

<h4>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene</h4>
--

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 surta su receta.

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

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red 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

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

cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.

- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

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

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

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

Como se muestra en el cuadro siguiente, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

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 (dentro de 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)
Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga: Copago de \$4	Usted paga: Copago de \$4	Usted paga: Copago de \$4
Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos	Usted paga: copago de \$10	Usted paga: copago de \$10	Usted paga: copago de \$10
Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos	Usted paga: Copago de \$47	Usted paga: Copago de \$47	Usted paga: Copago de \$47
Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos	Usted paga: Copago de \$100	Usted paga: Copago de \$100	Usted paga: Copago de \$100
Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados	Usted paga: coseguro del 25%	Usted paga: coseguro del 25%	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).			

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta 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 deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recetará, y a su farmacéutico que le resurte, el suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a resurtir mejor las fechas de resurtido del plan para diferentes recetas.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor debido a que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo.

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

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.

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

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)*†	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para 90 días como máximo) †
Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$8.
Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$20.
Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$141.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos	Usted paga un copago de \$300.	Usted paga un copago de \$200.
Nivel 5 de costo compartido: Medicamentos especializados	Usted paga: coseguro del 25%	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).		
<p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>		

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total para los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial.**

La EOB de la Parte D que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastó, el plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$4,660.

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

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el

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

fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

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

Usted sigue pagando estos costos hasta que los pagos que paga de su bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que llegue a este monto \$7,400, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que ingresa en la

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

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:
 - *O bien*, el coseguro del 5% del costo del medicamento.
 - *O bien*, \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

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**.

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

- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces, esto se denomina “administración” de la vacuna).

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

1. El tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia o en otro proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor para administrarlo. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Usted recibe su vacunación en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias brinden vacunas).

- Usted le 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.

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

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

- Cuando usted recibe la vacuna, paga el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que lo entregue.
- 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.
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro *o* copago normal para la vacuna (incluida la administración)

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro *o* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá 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.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna.

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 nuestra parte 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, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con los plazos para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido según se comentó en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al

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

proveedor. No debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos,

- usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe.

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

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 el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, 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.

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

- 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 le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree 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 gestionemos el reembolso.

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

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis sobre estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* 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 reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos 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.

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

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

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

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

Reclamaciones médicas (para servicios o artículos)

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

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. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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 3.2 Si le comunicamos 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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

<p>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.)</p>

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 printed in large print for your convenience and available for free in Spanish and Chinese. We can also give you information in braille, audio, or electronically on a CD or via an email if you need it. You can always visit our website at www.elderplan.org to view your plan materials. We can also give you information

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 Flex (HMO) by calling Member Services at 1-800-353-3765, TTY 711. 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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está en letra grande y está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Siempre puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para ver los materiales de su plan. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 Flex (HMO) llamando a Servicios para Miembros al 1-800-353-3765, TTY 711, de 8 AM a 8 PM, 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.

<p>Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos</p>

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a programar las citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o vueltas a surtir en cualquier farmacia de nuestra red sin sufrir largas demoras.

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

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

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

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

¿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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deberían realizar.

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

ser contactado a través de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgar información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica.

Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal posee autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

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

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

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación:

Algunos tipos de información de salud que incluyen, pero no se limitan a, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no apliquen.

En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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;

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- 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/>

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
1-800-353-3765
TTY: 711

NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN

Mantendremos su información de salud de manera reservada y segura según lo exija la ley. En caso de una violación (según lo define la ley) de cualquier información de su salud, le notificaremos dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación, salvo que un organismo de cumplimiento de la ley solicite una demora en la notificación.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Plan puede participar en varios sistemas de intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica, redes de intercambio de información médica y planes de salud. Otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud pueden acceder a su

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

información de salud que mantiene el Plan para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, el Plan puede acceder a su información de salud que mantienen otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica, pero solamente con su consentimiento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso y a hacer que el aviso modificado o revisado entre en vigencia para la información de salud que ya poseemos y para la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a su solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. Tendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página, en la esquina superior izquierda.

QUEJAS Y PREGUNTAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. Para presentar una queja ante nosotros, contáctese con la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Elderplan
Attention: Regulatory Compliance
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese 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 Flex (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros:

- **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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**” y “**poder de representación para las decisiones de atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

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

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado 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.

<p>Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado</p>
--

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.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697 o llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

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

- **Puede llamar a Servicios para los Miembros.**
- **Puede llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- 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).

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de*

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 acordados entre usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe continuar pagando 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 al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio, necesitamos saber** que podemos mantener actualizado su registro de membresía y cómo comunicarnos con usted.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **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

<h4>Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud</h4>
--

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 nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

<h4>Sección 1.2 Acerca de los términos legales</h4>
--

Hay términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

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

- 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 cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil y, en ocasiones, bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor exactitud para obtener ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder 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).

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

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 o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

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 de servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y

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

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 un servicio médico antes de recibirlo, 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.

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 el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, independientemente de si lo hacemos antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una

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

manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando 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 no rechazamos su caso, pero rechazamos su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de

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

revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada para las apelaciones de medicamentos de la Parte D. Si rechazamos, total o parcialmente, su apelación, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2. 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 los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para los medicamentos con receta de la Parte D en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). 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

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

actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho 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 u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

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

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 pedirle 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 en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF]*)

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

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 servicios y 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)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

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

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 cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, 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 comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que usted considera que deberían estar cubiertos por el plan, y desea pedirle a nuestro plan el reembolso de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que nosotros habíamos aprobado previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

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 una **“determinación de la organización”**.

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

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

Generalmente, se toma una “decisión estándar de cobertura” en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida de cobertura” se toma, generalmente, en el plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para los

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

medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad 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.

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

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

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

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

Para las decisiones estándar de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su

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

solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento 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 recabar más información que podría redundar en su beneficio, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la

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

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 llama una **“reconsideración”** del plan.

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

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

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

Generalmente, la “apelación estándar” se resuelve en un plazo de 30 días. Por lo general, la “apelación rápida” se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 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 solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o verbalmente.** En el Capítulo 2 se incluye información de contacto.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o haber recibido información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información de ser necesario, incluido comunicarnos con usted o con su médico.

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

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es 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

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

automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. 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 beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- Si no le damos una respuesta para dentro del plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos 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 **“Entidad de Revisión Independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (Independent Review Entity).

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

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

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente 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

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

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”, su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 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.

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

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

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

cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta donde:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 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 los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

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

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 dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

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

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

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

informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 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.

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

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, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede solicitarnos. Algunos medicamentos

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

requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.

- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 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). **Pida una excepción. Sección 6.2**

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

- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir obtener la preaprobación de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **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 pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

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

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, **“excepción al formulario”**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al formulario”**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**.

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

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

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

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos posee un medicamento alternativo para tratar su afección médica y se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo.

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

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Este sería el nivel de costo más bajo, que incluye alternativas del producto biológico para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo, que incluye alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo, que incluye alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

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

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es posible que causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el

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

medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

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

Sección 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).

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

- Usar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente le comunicaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico 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.

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

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, el cual está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica qué reclamo negado está siendo apelado.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”** que es las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Paso 3: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

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

Plazos 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 de 72 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

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

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir de nuevo que obtenga la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

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 llama una “redeterminación acelerada”.

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

Generalmente, se presenta una “apelación estándar” en un plazo de 7 días. Por lo general, la “apelación rápida” se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico (o la persona autorizada a dar recetas) tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación 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 determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le

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

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.

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

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La

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

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 estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

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

- **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. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

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

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión en el caso de que se aplique o tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación “en riesgo” de acuerdo con nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamación al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** de recibir la decisión de parte de dicha organización.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle el costo de un medicamento que ya compró,** debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de

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

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 donde:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con la 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.

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

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando 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 se va del hospital es la **“fecha del alta”**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

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 denominado “*An Important Message from Medicare about Your Rights*” (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de una persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídala 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 consulte cualquier duda que tenga. En esta lista se indican:

- 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.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el

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

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 tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el

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

gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar 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 cumple con este plazo,** es posible que permanezca en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba*

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

pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.

- Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, deberá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
O puede ver un aviso de muestra en línea en

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

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *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

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

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, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la

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

Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. 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.

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

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Término legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”**: Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

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

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

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

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Término legal
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión

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

Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

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

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le explicará cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que la maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente 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 está recibiendo **servicios 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 cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

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

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 de no cobertura de Medicare**”. Le explica cómo puede solicitar una “**apelación de vía rápida**”. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación de vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
- 2. Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa**

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

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 empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la

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

calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso sobre la no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe apelar directamente a nosotros. Para

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

obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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 en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra, donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan su solicitud*, **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.

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

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.

<h3>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</h3>

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.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

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

- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada ante su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”:** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

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

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita estos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la

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

que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos respecto de su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le

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

reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- 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.

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

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 relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.*** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar el servicio o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **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

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

reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar el servicio o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con

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

quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o mediador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la resolución.**
- **Si 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.

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

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.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los 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.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none">• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?• ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para los Miembros?• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan?<ul style="list-style-type: none">○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio?• ¿Nuestra información por escrito es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las acciones que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones.</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja.• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.• Cree que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

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

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**.
- **“Presentar una queja”** también se denomina **“interponer un reclamo”**.
- **“Usar el proceso para quejas”** también se denomina **“usar el proceso para interponer un reclamo”**.
- Una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Nuestro plan acepta los reclamos de manera verbal o por escrito. Las quejas deben presentarse ante nosotros en el plazo de 60 días calendario después de que el evento o incidente que precipitó el reclamo (condujo a él). Una vez que recibamos su reclamo, analizaremos sus inquietudes y obtendremos cualquier información adicional necesaria para revisar completamente su reclamo. En algunas circunstancias, es posible que desee interponer un reclamo rápido (“acelerado”). Es posible que quiera interponer un reclamo rápido cuando desee quejarse de alguna de las siguientes circunstancias:
 - Extendemos el tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de servicios o apelación.
 - Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” (solo para la Parte D) porque aún no ha obtenido el medicamento. Si tiene una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- 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.

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

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

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

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 cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

O bien,

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

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

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Elderplan Flex (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Si lo desea, puede llamar al

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*

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

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

La cancelación de la membresía en Elderplan Flex (HMO) 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?

<h4>Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual</h4>
--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

elección abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta 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.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual abierta de Medicare Advantage
--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Elderplan Flex (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, encontrará más información sobre estos programas.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

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.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

<p>Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</p>

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- 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).

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

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:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.Su inscripción en Elderplan Flex (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. <p>Su inscripción en Elderplan Flex (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el 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 el Servicios para los Miembros.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en Elderplan Flex (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

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

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comience, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red *o el pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).**

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 5 Elderplan Flex (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Elderplan Flex (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte 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.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

Sección 5.2 **Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud**

Elderplan Flex (HMO) 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, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

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 ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Capítulo 11: Avisos legales

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 información sobre la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

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 Flex (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría 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.

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación de Elderplan

Conforme a la ley federal, Elderplan se reserva el derecho limitado de subrogación de acuerdo con este contrato. Esto significa que si (1) usted resulta lesionado por una acción u omisión por parte de un tercero (es decir, una persona o compañía que no es parte de este contrato), (2) entabla una demanda y (3) recibe dinero de la otra parte (o de la compañía aseguradora de un tercero) como resolución de la demanda o porque usted ganó el juicio en la corte o en un arbitraje, o bien en una forma alternativa de resolución de disputas, Elderplan tiene derecho a recuperar el monto que le pagó por su atención médica que incluye, de manera no taxativa, gastos hospitalarios, honorarios de médicos y enfermeros, servicios de atención médica a domicilio, pruebas, medicamentos y otros gastos relacionados. Usted acepta notificar a Elderplan en caso de entablar una demanda contra un tercero debido a una lesión. Elderplan se reserva el derecho de presentar un embargo en su contra para recuperar los costos médicos relacionados en los que Elderplan incurrió. Este puede quedarse con cualquier monto que usted haya recibido por parte del tercero que demandó. Independientemente de que Elderplan presente o no dicho embargo, usted acepta reembolsarle a Elderplan cualquier monto que reciba por parte de un tercero, el costo de la atención médica y de los servicios que se le proporcionaron en relación a la lesión.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud o elegir Original Medicare.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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 Elderplan Flex (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facture el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

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).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

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.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción de personas con afecciones crónicas o graves específicas, definidas en el 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de atención que se requiere de todos los planes de atención coordinados de Medicare Advantage para recibir los alojamientos especiales de indicación y comercialización y inscripción proporcionados a los C-SNP.

Coseguro: un monto que es posible que usted deba pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

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.

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o para un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: es el monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. 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.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es el cuidado personal brindado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla,

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

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.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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 lleve al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP): los miembros del D-SNP pueden inscribirse personas con derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal a

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

través de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos de estos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

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 afección médica que empeore rápidamente.

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.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o un programa estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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.

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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).

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 hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa previa a que los costos totales por sus medicamentos alcancen los \$4,660, incluidos los montos que usted haya pagado y lo que haya pagado su plan en su nombre durante el año.

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 institucional (I-SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos, centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que brindan servicios médicos similares a largo plazo, servicios de atención médica cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyas personas tienen

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

necesidades similares y estado de atención médica a los otros tipos de centros nombrados. El Plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP): un plan que inscribe a 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 (assisted living facility, ALF) si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

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 la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia.

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.

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).

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

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 una HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan iv) 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.**

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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 la vista, la vista o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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).

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.

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).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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).

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

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.

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”.

Determinación 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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

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.

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) 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 ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO):

un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

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.

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir 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.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, dispositivos ortopédicos, brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, provistos cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no son accesibles o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Apéndice de la Evidencia de cobertura para 2023

Información importante sobre lo que usted paga por determinadas recetas: A partir del 1 de abril de 2023, usted no tendrá que pagar un monto superior al coseguro ajustado para el beneficiario de Medicare original para los medicamentos reembolsables de la Parte B que puedan considerarse dentro de las categorías “Servicios de administración de quimioterapia, incluidos los medicamentos de quimioterapia/radiación” o bien “Otros medicamentos cubiertos de la Parte B de Original Medicare”.

Información importante sobre lo que usted paga por insulina: A partir del 1 de julio de 2023, usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido por los medicamentos de la Partes B y D, incluso si no ha pagado su deducible.

Servicios para los Miembros de Elderplan Flex (HMO)

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME A	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. Member Services 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
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 (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto del HIICAP
LLAME A	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Ciudad de New York HIICAP 2 Lafayette Street, 17th Floor New York, NY 10007 Condado de Westchester Department of Senior Programs and Services 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 (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Coordinador de derechos civiles
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por teléfono o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý 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 대해 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 بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (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.

Portuguese: 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。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 রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοδήποτε 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

elderplan

homefirst®

un miembro del sistema de salud de 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.