

2024



Evidencia de cobertura

Centers Plan for Medicaid
Advantage Plus (HMO D-SNP)

Language Assistance Services Notification

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 1-833-274-5627 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-833-274-5627 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-833-274-5627 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-833-274-5627 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Chinese	我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-833-274-5627 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-833-274-5627 (TTY: 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-833-274-5627 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-833-274-5627 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περιθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-833-274-5627 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-833-274-5627 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।
Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-833-274-5627 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-833-274-5627 (TTY: 711)。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-833-274-5627 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-833-274-5627 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portugese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-833-274-5627 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-274-5627 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-833-274-5627 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-833-274-5627 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-833-274-5627 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-833-274-5627 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-833-274-5627 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Notice of Nondiscrimination

Discrimination is Against the Law

Centers Plan for Healthy Living, LLC complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Centers Plan for Healthy Living, LLC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Centers Plan for Healthy Living, LLC provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at 1-833-274-5627 (TTY users please call 711).

If you believe that Centers Plan for Healthy Living, LLC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Grievances and Appeals Department:

By Mail: Centers Plan for Healthy Living, LLC
 Attn: G&A Department
 75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
 Staten Island, NY 10304- 2604
By Phone: 1-833-274-5627 (TTY users call 711)
By Fax: 1-347-505-7089
By Email: GandA@centersplan.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member/Participant Services is available to help you seven days a week from 8am to 8pm.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

1 de enero – 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP).

Este documento le brinda detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Para consultas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-833-274-5627. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, es ofrecido por Centers Plan for Healthy Living, LLC. (Cuando esta Evidencia de cobertura indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan,” se refiere a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, braille, letra grande y audio.

Los beneficios, la prima, los deducibles o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

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

H6988-004_CY24EOC_C

Evidencia de cobertura para 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus	12
SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 6 ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan?.....	15
CAPÍTULO 2 <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Miembro)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	33
Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	35
Sección 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud proporcionado por un empleador?.....	36
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos</i>	37
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan.....	38
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	40
SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre?	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de los servicios cubiertos?.....	47
SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está bajo un estudio de investigación clínica?	47

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	49
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos	51
CAPÍTULO 4	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	53
SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos.....	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus?.....	106
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	109
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	112
SECCIÓN 1	Introducción	113
SECCIÓN 2	Adquiera su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	114
SECCIÓN 3	Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	117
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	119
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?	120
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....	123
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	125
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	127
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	127
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos.....	129
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	132
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	134
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	135
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ya ha recibido	137
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	139

CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	140
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	141
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	148
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	150
SECCIÓN 1 Introducción	151
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	151
SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.....	153
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones	154
SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	155
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	158
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	169
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que se le otorga el alta demasiado pronto.....	179
SECCIÓN 9 Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza muy pronto.....	187
SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	193
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos	196
CAPÍTULO 10: <i>Cancelar su membresía del plan</i>	200
SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	201
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía con nuestro plan?	201
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?.....	205
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan.....	206
SECCIÓN 5 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones	207
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	209
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	210
SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación	210
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	210

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes*..... 211

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que obtiene su asistencia de Medicaid con su costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que Medicare no suele cubrir. También recibirá “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos por sus medicamentos recetados de Medicare. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus le ayudará a administrar todos estos beneficios, de tal manera que reciba los servicios de atención médica y la asistencia para los pagos que le corresponden.

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus es manejada por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Este plan también tiene un contrato con el programa Medicaid del Estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La cobertura dentro del marco de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y los medicamentos recetados de Medicare y Medicaid. Le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

Es importante que conozca las normas del plan y cuáles servicios están a su disposición. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes o simplemente una pregunta, llame a Servicios al Miembro.

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cubre su atención médica. Otras secciones de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, así como los avisos que recibe de nuestra parte sobre los cambios a su cobertura o condiciones que afectan la misma. Estos avisos en ocasiones se denominan *cláusulas o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus entre el 1 de Enero de 2024 y el 31 de Diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus después del 31 de Diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de Diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?****Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

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

- • Tenga tanto el Medicare Parte A como el Medicare Parte B
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio) No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- Y -- sea un ciudadano o resida legalmente en los Estados Unidos
- -- Y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Ser elegible para Medicare y los beneficios completos de Medicaid;
- Tener 18 años en adelante;
- Ser capaz, al momento de la inscripción, de regresar a su casa y a su comunidad o de permanecer en ellas sin riesgos para la salud y la seguridad, según los criterios provistos por el Departamento de Salud del Estado de New York;
- Ser elegible para nivel de cuidado en un hogar de reposo (al momento de la inscripción);
- Haber obtenido la elegibilidad para servicios de atención a largo plazo por parte del plan o una entidad designada por el Departamento usando la herramienta de elegibilidad del Estado de NY;
- Residir en el área de servicio del plan; y
- Requerir administración de cuidados y debe esperarse que necesite al menos uno de los siguientes servicios de Atención a Largo Plazo Basada en la Comunidad durante más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción:
 - Servicios de enfermería en el hogar;
 - Terapias en el hogar; Servicios de asistencia para la salud en el hogar;
 - Servicios de cuidado personal en el hogar;
 - Atención médica diurna para adultos;
 - Servicios privados de enfermería; o
 - Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

nuestro plan (la sección 2.1 del capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

Adicionalmente, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos), y también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de cobertura de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus solo está disponible para personas que viven en el área de servicios 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 más adelante.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island) y Rockland. (Los siguientes condados aún no están incluidos, pero pronto lo estarán: Erie, Niagara, Suffolk y Westchester).

Si usted tiene pensado mudarse a un nuevo estado, entonces también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntarles de qué manera esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Puede encontrar los números telefónicos de Medicaid en el capítulo 2, sección 6 de este documento.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Contáctese con Servicios al Miembro para informarse sobre si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Podrá encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus si usted no es elegible para seguir siendo un miembro bajo estos términos. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para obtener medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa cómo será la suya:



NO debe usar su tarjeta roja, blanca ni azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Centers Plan for Medicaid Advantage Plus autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.centersplan.com/map.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (electrónica o impresa) a Servicios al Miembro. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo postal dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir prescripciones cubiertas para nuestros miembros. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al personal de Servicios al Miembro. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.centersplan.com/map.

Sección 3.4 La lista de medicamentos cubiertos por el plan (*Formulario*)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Se mencionan los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluidos en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

La “Lista de medicamentos” también le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.centersplan.com/map) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la parte D (sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga aparte una prima mensual del plan para Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare
--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la sección 2, con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, Medicaid paga su prima de la Parte A (si usted no califica para ella de manera automática) y su prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la LEP no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición de doble elegibilidad, puede incurrir en LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D u otra

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que usted permaneció sin cobertura acreditable de la Parte D o de otros medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información se le puede enviar por correo o se puede incluir en el boletín informativo del plan. Conserve esta información dado que puede necesitarla si se inscribe posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* constituyen una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, presentamos cómo funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses enteros que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber alcanzado la elegibilidad para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que estuvo sin una cobertura acreditable. Por ejemplo, si está sin cobertura durante 14 meses, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima promedio mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para el 2024, el monto promedio de esta prima será de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y el monto promedio mensual de la prima y luego redondéelo al múltiplo de 10 centavos más cercano. En este ejemplo, esto sería 14 % por \$34.70, lo que es igual a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se sumaría **a la prima mensual en el caso de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres cosas importantes que debe tener en cuenta acerca de la multa por inscripción tardía de la Parte D:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses que esté inscrito en un plan que goce de los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente está gozando de los beneficios de Medicare, su multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se calculará de acuerdo con únicamente los meses en los que no tuvo cobertura después de su período de inscripción inicial por ser adulto mayor dentro de Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En términos generales, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió y que establecía que usted 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 de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.5	Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D y también como IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula mediante su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que tendría que pagar dependiendo de sus ingresos, ingrese a <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de sus beneficios del Seguro Social, del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración del Personal, independientemente de cómo pague habitualmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente como para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar este monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, su inscripción al plan será cancelada y perderá su cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, inclusive su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red del plan necesitan contar con la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación a los trabajadores o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un hogar de ancianos.
- Si ha recibido atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su persona responsable designada (como el cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Podrá encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

SECCIÓN 6 ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan?

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información de su parte sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. El motivo es que debemos coordinar

cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera todas las otras coberturas de seguro médico y de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o tiene otra cobertura que no está enumerada, comuníquese con Servicios al Miembro. Puede necesitar proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (tal como cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado el pagador secundario, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario podría no pagar todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas aplican para la cobertura de salud colectiva de su empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud colectivo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad, o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluyendo el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación a los trabajadores.

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro del plan

Para obtener asistencia con sus reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios al Miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
LLAME AL	1-833-274-5627 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los Servicios al Miembro también cuentan con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Member Services 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com/map

Cómo comunicarse con nosotros cuando necesita de forma inmediata atención de salud conductual

Si necesita ayuda inmediata relacionada con la salud conductual, llame a la línea directa para casos de crisis de salud conductual de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

Método	Línea directa para casos de crisis de salud conductual – Información de contacto
LLAME AL	1-888-600-8241 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. También contamos con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-833-274-5627 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Decisiones de cobertura: 1-718-581-5522 Apelaciones: 1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Grievance and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com/map

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-888-807-5717 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	Decisiones de cobertura: 1-858-790-7100 Apelaciones: 1-858-790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
SITIO WEB	https://www.medimpact.com/web/login

Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros, sobre una de las farmacias o proveedores de nuestra red, incluso, puede presentar una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias sobre cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la Atención Médica – Información de contacto
LLAME AL	1-833-274-5627 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-347-505-7089
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Grievance and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-888-807-5717 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	1-833-274-5627 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Claims 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com/map

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid o CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas de actualidad sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de reposo, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare para su estado.</p> <p>Este sitio web de Medicare también contiene información sobre su elegibilidad para ser miembro de Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados que ofrece Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas suministran un <i>estimado</i> de sus costos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede presentar cualquier queja ante Medicare sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus a través del sitio web:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro de atención para ciudadanos de la tercera edad pueden prestarle sus computadoras para acceder a dicho sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En New York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [BUSCADOR SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su STATE (ESTADO) de la lista. Esto lo llevará a una página con números telefónicos y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Información, Asesoría y Asistencia sobre Seguros de Salud/HIICAP (SHIP de New York) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA A	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para New York, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para que comprueben la calidad de la atención de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar a Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de la Calidad de New York) – Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, con discapacidades o que padezcan de una enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para ser beneficiarios de Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

De igual manera, el Seguro Social es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra para la cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar una cantidad extra y tiene dudas sobre dicha cantidad o si sus ingresos disminuyeron por algún evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar el servicio telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Las personas con doble elegibilidad son personas que califican para Medicare y Medicaid. Como persona con doble elegibilidad, usted es elegible para beneficios del programa federal Medicare y del programa Medicaid del estado de New York.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe son determinados por el estado de New York y pueden variar en función de sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunas personas con doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare, como primas.

Las categorías de beneficios de Medicaid, o "Programas de Ahorros de Medicare", elegibles para la inscripción en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus incluyen:

- **Elegibilidad doble con beneficios completos (FBDE):** Medicaid paga la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Estas personas son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Medicaid paga sus primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Los beneficiarios de QMB+ automáticamente son elegibles para el programa de "Ayuda Adicional" de la Parte D de Medicare.

Si tiene dudas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el plan Medicaid del Estado de New York.

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) (Programa Medicaid de New York) – Información de contacto							
<p>LLAME AL</p>	<p>1-888-692-6116</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Si tiene un teléfono de tonos, hay información grabada y servicios automatizados disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y feriados.</p> <table border="1" data-bbox="500 758 1421 1066"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="500 758 1421 856">CONTACTOS ADICIONALES ESPECÍFICOS POR CONDADO*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="500 856 954 961"> <p><u>Ciudad de New York:</u> 1-718-557-1399</p> </td> <td data-bbox="954 856 1421 961"> <p><u>Condado de Westchester:</u> 1-914-995-3333</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="500 961 954 1066"> <p><u>Condado de Nassau:</u> 1-516-227-7474</p> </td> <td data-bbox="954 961 1421 1066"> <p><u>Condado de Rockland:</u> 1-845-364-3040</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>*Las llamadas a estos números no son gratuitas.</p>		CONTACTOS ADICIONALES ESPECÍFICOS POR CONDADO*		<p><u>Ciudad de New York:</u> 1-718-557-1399</p>	<p><u>Condado de Westchester:</u> 1-914-995-3333</p>	<p><u>Condado de Nassau:</u> 1-516-227-7474</p>	<p><u>Condado de Rockland:</u> 1-845-364-3040</p>
CONTACTOS ADICIONALES ESPECÍFICOS POR CONDADO*								
<p><u>Ciudad de New York:</u> 1-718-557-1399</p>	<p><u>Condado de Westchester:</u> 1-914-995-3333</p>							
<p><u>Condado de Nassau:</u> 1-516-227-7474</p>	<p><u>Condado de Rockland:</u> 1-845-364-3040</p>							
<p>TTY</p>	<p>711</p>							
<p>ESCRIBA A</p>	<table border="1" data-bbox="500 1192 1421 1602"> <tbody> <tr> <td data-bbox="500 1192 954 1455"> <p><u>Ciudad de New York:</u> New York City Human Resources Administration Medicaid Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, First floor Brooklyn, NY 11238</p> </td> <td data-bbox="954 1192 1421 1455"> <p><u>Condado de Westchester:</u> Westchester County DDS White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="500 1455 954 1602"> <p><u>Condado de Nassau:</u> Nassau County DDS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656</p> </td> <td data-bbox="954 1455 1421 1602"> <p><u>Condado de Rockland:</u> Rockland County DDS Building L, Sanatorium Road Pomona, NY 10970</p> </td> </tr> </tbody> </table>		<p><u>Ciudad de New York:</u> New York City Human Resources Administration Medicaid Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, First floor Brooklyn, NY 11238</p>	<p><u>Condado de Westchester:</u> Westchester County DDS White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201</p>	<p><u>Condado de Nassau:</u> Nassau County DDS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656</p>	<p><u>Condado de Rockland:</u> Rockland County DDS Building L, Sanatorium Road Pomona, NY 10970</p>		
<p><u>Ciudad de New York:</u> New York City Human Resources Administration Medicaid Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, First floor Brooklyn, NY 11238</p>	<p><u>Condado de Westchester:</u> Westchester County DDS White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201</p>							
<p><u>Condado de Nassau:</u> Nassau County DDS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656</p>	<p><u>Condado de Rockland:</u> Rockland County DDS Building L, Sanatorium Road Pomona, NY 10970</p>							
<p>SITIO WEB</p>	<p>www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p>							

La Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) también ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN) – Información de contacto
LLAME AL	1-844-614-8800 Disponible de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711
ESCRIBA A	Correo electrónico: ICAN@cssny.org
SITIO WEB	https://icannys.org

El Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado de New York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de reposo, así como a resolver problemas entre los hogares y los residentes, o sus familiares.

Método	Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado de New York – Información de contacto
LLAME AL	1-855-582-6769 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	New York State Ombudsman 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251 Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos recetados. Para personas con ingresos limitados también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Ya que usted es elegible para recibir los servicios de Medicaid, usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus costos del plan por medicamentos recetados. No necesita hacer algo adicional para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la ayuda de “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), disponible 24 horas al día, 7 días a la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina Estatal de Medicaid que corresponda (solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si usted cree que está pagando un monto erróneo de costo compartido cada vez que obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para recopilar las evidencias del nivel de copago que le corresponde o para entregarnos esta evidencia, si usted ya cuenta con ella.

- Si necesita ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e informe al representante que necesita ayuda para obtener esta información. Para obtener esta información, es posible que debamos comunicarnos con Medicare en su nombre. Los representantes de Servicios al Miembro están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba la siguiente receta en la farmacia. Si paga sus copagos en exceso, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o se lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como deuda suya, nosotros podemos pagarle directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si cuenta con la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Program*, SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para medicamentos de la Parte D (además del programa “Ayuda Adicional”), usted seguirá recibiendo el 70 % de descuento en la cobertura de medicamentos de marca. De igual manera, el plan paga el 5 % de los costos de medicamentos de marca en la transición de cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia del costo compartido de medicamentos recetados a través de ADAP. Llame al 1-800-542-2437 para más información. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infrasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, cobertura en medicamentos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New York, el programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC).

Método	Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC): Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica de New York – Información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: nysdohepic@magellanhealth.com
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/epic/

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene dudas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., 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 automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

Sección 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de su grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene preguntas. Puede preguntar sobre beneficios de salud, primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de su grupo de jubilados. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos al reverso 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 con este plan.

Si tiene otras coberturas de medicamentos recetados a través de su empleador (o del de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para cubrir su atención médica. Encontrará definiciones de terminología y explicaciones de las normas a seguir para obtener tratamientos, servicios, equipos, medicamentos recetados y cualquier otra atención médica cubierta por este plan.

Para obtener detalles sobre cuál atención médica está cubierta por nuestro plan, consulte la tabla de beneficios del capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*).

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

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos cobran directamente por el servicio que le proporcionan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios o artículos cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluye la totalidad de la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se encuentran detallados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus generalmente cubrirá su atención médica, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- **El cuidado que recibe está incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (consulte el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (*primary care provider*, PCP) de la red que debe proporcionar y supervisar su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle autorización previa antes de que pueda usar los otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o centros de atención médica a domicilio. Esto se conoce como hacerle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para obtener atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia. Existen también otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para más información sobre esto, 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 forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos con urgencia que proporciona un proveedor que no se encuentra en la red. Para obtener más información sobre este tema y para averiguar qué significa atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Sin embargo, debe obtener autorización del plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos dichos servicios como si se los hubiese suministrado un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para atenderse con un proveedor que no se encuentra en 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 se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio quede temporalmente no disponible o inaccesible. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige

obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para prestarle y monitorear su atención médica
--------------------	---

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- **¿Qué es un PCP?**
Cuando se hace miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica a continuación, su PCP le brindará su atención médica básica o de rutina.
- **¿Qué tipo de proveedores pueden ejercer la función de un PCP?**
Varios tipos de médicos pueden ejercer la función de PCP. Estos incluyen, por ejemplo, internistas, médicos familiares y ginecólogos que han aceptado atender a nuestros miembros como médicos de atención primaria.
- **¿Cuál es la función del PCP como coordinador de servicios cubiertos?**
Su PCP también ayudará a coordinar los servicios de atención médica adicionales que pueda necesitar, como consultas con especialistas y pruebas de laboratorio y de diagnóstico. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención médica y su evolución. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) por parte de nosotros para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. Su médico de atención primaria también lleva su registro médico completo, el cual incluye su historial médico y quirúrgico, problemas actuales y pasados, medicamentos y documentación de servicios que ha recibido de otros proveedores de atención médica. Debido a que su PCP proporciona y coordina su atención médica, usted debe enviar todos sus expedientes médicos previos a la oficina de su PCP.
- **¿Cuál es la función del PCP al momento de tomar decisiones u obtener autorizaciones previas (PA)?**
Para varios servicios, es posible que su PCP deba obtener la autorización del plan. Estos incluyen, pero no se limitan a, servicios de proveedores o centros no participantes, una admisión electiva al hospital y una admisión directa a un centro especializado de enfermería.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

¿Cómo escoger un PCP?

Como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, **debe tener un PCP**. Cuando se inscribe en nuestro plan, se le pide que elija un PCP y que escriba el nombre de su PCP en el formulario de inscripción. Si no selecciona un PCP, seleccionaremos uno por usted cuyo consultorio esté situado cerca de su lugar de residencia. Para que Centers Plan for Medicaid Advantage Plus lo ayude a elegir un PCP, llame a Servicios al Miembro al número que figura en el reverso de este manual.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. De igual manera, es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Miembro. Cuando llame, asegúrese de decirle a Servicios al Miembro si está viendo a un especialista u obteniendo otros servicios cubiertos que requerían la aprobación o autorización previa de su PCP (como servicios médicos en el hogar y equipos médicos duraderos). Servicios al Miembro le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También verificarán para asegurarse de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Servicios al Miembro cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su PCP nuevo y le dirá cuándo se hará efectivo el cambio (los cambios de PCP generalmente entran en vigencia el día en que realiza la solicitud).

Si su médico abandona la red y usted está en tratamiento para una enfermedad o lesión específica, comuníquese con Servicios al Miembro para hablar sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo servicios del médico hasta que complete su tratamiento en curso.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica no requiere la remisión previa de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los siguientes servicios sin necesidad de obtener autorización por adelantado por parte de su PCP.

- Atención médica rutinaria para mujeres, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los suministre un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra el COVID-19, para la hepatitis B y para la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia suministrados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios requeridos con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, comuníquese con Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio a fin de que podamos hacer las gestiones para que reciba su diálisis regular mientras esté fuera del área.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas tratan pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

¿Cuál es la función (si la hay) del PCP al referir a miembros a especialistas y otros proveedores?

Su PCP es la mejor persona para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. Si bien puede consultar al especialista del plan que elija (de la red), su PCP hará su recomendación y le aconsejará como parte de la coordinación de sus necesidades de atención médica. Es posible que necesite una aprobación por adelantado (una remisión) de su PCP para consultar a un especialista de la red.

Para varios servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener autorización previa (aprobación por adelantado) del plan. Estos incluyen, pero no se limitan a, servicios de proveedores o centros no participantes, una admisión electiva al hospital y una admisión directa a un centro especializado de enfermería. Por favor consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4 para que revise la lista completa de todos los servicios que requieren autorización previa.

¿Cuál es el proceso de obtener la autorización previa?

Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios (consulte el capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor (incluido un proveedor no contratado) pueden preguntarle al plan, antes de que se brinde un servicio, si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación avanzada. Si nuestra respuesta es negativa, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica. En el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]) hay

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

más información sobre qué hacer si desea obtener una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que hayamos tomado.

Si no tiene una determinación avanzada, también se puede obtener la autorización de un proveedor de la red que refiera a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre que el servicio no siempre esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se explica en el capítulo 4.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si su médico o especialista lo hace, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor va a dejar nuestro plan, a fin de que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención del mismo o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si usted actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa en estas situaciones.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención, reclamo al plan, o ambos. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Generalmente, debe recibir tratamiento por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, el plan cubrirá la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red en los Estados Unidos; esto no requiere autorización previa.

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden prestársela, puede recibir dicha atención médica de un proveedor fuera de la red. Esto incluye los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare fuera de la red cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. **Debe comunicarse con nosotros para obtener autorización antes de buscar esta atención. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener cualquier autorización previa necesaria.** Si el plan autoriza servicios fuera de la red, cubriremos dichos servicios como si se los hubiese suministrado un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre?**Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de una?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. Usted no necesita utilizar una red de médicos. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de 48 horas siguientes. Llámenos al 1-833-274-5627, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué cubrimos si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que otra forma de traslado a la sala de emergencias pueda poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le suministran la atención de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y haya pasado la emergencia médica.

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán con su tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si algún proveedor fuera de la red le proporciona su atención de emergencia, intentaremos hacer las gestiones para que los proveedores de la red se encarguen de usted tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ir por atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decirle que después de todo no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro, cubriremos la atención médica.

Sin embargo, si el médico confirma que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- - *O* - la atención adicional que recibe es considerada servicios de necesidad urgente y sigue las normas para recibir dicho cuidado (para más información sobre esto, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo recibir atención médica cuando necesita servicios con urgencia
--------------------	--

¿Qué son los servicios requeridos con urgencia?

Un servicio requerido con urgencia es una situación que no es de emergencia y 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 requeridos con urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos con urgencia son:

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- i) un dolor de garganta severo que ocurre durante el fin de semana, o
- ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

En la mayoría de los casos, si se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos la atención requerida con urgencia únicamente si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las demás reglas descritas en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o excepcionales y los proveedores de la red no están disponibles temporalmente, cubriremos la atención requerida con urgencia que le suministre un proveedor fuera de la red.

La “atención requerida con urgencia” es atención que recibe cuando necesita atención médica para una enfermedad, lesión o trastorno imprevisto, pero su salud no está en peligro grave y usted generalmente está fuera del área de servicio. La atención urgente está cubierta en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si necesita atención cuando está fuera del área de servicio, su cobertura de atención médica se limita a emergencias médicas, atención requerida con urgencia, diálisis renal o servicios que nuestro plan haya aprobado con anticipación.

Si recibe atención que no es de emergencia de proveedores fuera de la red sin autorización previa, entonces debe pagar por la totalidad de los costos, a menos que los servicios sean urgentes y que proveedores de la red no estén disponibles o que sean servicios de diálisis fuera del área de atención. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, envíenos la factura para procesarla y determinar la responsabilidad.

Para acceder a servicios requeridos con urgencia, por favor comuníquese con su PCP o diríjase al centro de emergencias más cercano.

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

Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir la atención médica de su plan.

Por favor, visite este sitio web: www.centersplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

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

Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	---

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*¿Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos?*) para obtener información sobre cómo proceder.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?
--------------------	--

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cubre todos los servicios que sean necesarios médicamente, que estén enumerados en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, debe pagar el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Para todos los servicios cubiertos por el Plan, sus costos de bolsillo para estos beneficios, después de haber alcanzado el límite de beneficios, no contarán para su límite máximo anual de costos de bolsillo de \$8,850. Puede comunicarse con Servicios al Miembro si desea saber cuánto le queda del beneficio. Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos en el reverso de este manual.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está bajo un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funcionan un medicamento nuevo contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están a cargo del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el mismo y comprenda y acepte completamente lo que implica.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación para mostrarnos cuánto paga. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brinden atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y las pruebas de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para afiliados de Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por 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 por qué cosa?
--------------------	---

Una vez que forma parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los servicios y los artículos de rutina que recibe como parte del estudio, inclusive:

- Habitación y alimentos durante la hospitalización que Medicare pagaría, aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamientos de efectos secundarios y complicaciones de la atención médica nueva.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio del mismo modo que lo haría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, usted está obligado a presentar la documentación que muestra cuánto

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

paga por el costo compartido. Consulte el capítulo 7 para más información para presentar solicitudes de pago.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:

Digamos que tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero el examen costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y usted pagaría \$20 de copago requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan directamente le pagaría \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviarle la documentación, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos y que no se relacionan directamente con el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio, si su condición médica normalmente requiriese de una sola tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare o al descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies*. (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 a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?
-------------	--

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que presta atención para una condición médica que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra las creencias religiosas de un miembro, nosotros le ofreceremos cobertura de su atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se proporciona únicamente en relación con los servicios que se les brinda a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención médica).

Sección 6.2	Cómo obtener servicios de una institución religiosa no médica para la atención de la salud
--------------------	---

Para recibir atención médica de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, usted debe firmar un documento legal que indica que usted se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que es **no exceptuado**.

- Una atención médica o tratamiento **no exceptuado** es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *es obligatorio* bajo una ley local, estatal o federal.

Para que nuestro plan cubra la atención médica que recibe en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que preste la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba está limitado a aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si los servicios que recibe de esta institución le son prestados en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o la atención de centros de enfermería especializada.
 - – Y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no será cubierta.

Se aplican límites de cobertura de Medicare para atención médica de pacientes hospitalizados. Para obtener más información, revise la Tabla de beneficios en el capítulo 4 de este manual o comuníquese con Servicios al Miembro. Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos al reverso de este manual.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Usted será el propietario de su equipo médico duradero después de efectuar un cierto número de pagos de acuerdo con lo dispuesto por nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos, tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, bastones, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, que un proveedor solicita para utilizar en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, discutiremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios de estos luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de que se uniera a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias muy limitadas le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que ha hecho por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de ser propietario del mismo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Por lo tanto, vuelve a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos previos (ya sean de nuestro plan o de Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para los equipos, los suministros y el mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y complementos relacionados para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Centers Plan for Medicaid Advantage Plus o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, dicho equipo debe devolverse.

¿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 renta el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos (lo que
está cubierto)*

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

En este capítulo, se incluye una Tabla de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. Posteriormente, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, no pagará nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir atención médica. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir su atención médica).

Sección 1.2	¿Cuál es el máximo que pagará por un servicio médico cubierto?
--------------------	---

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocas personas alcanzan la cantidad máxima de costos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar costo de bolsillo alguno como parte del monto máximo de costos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto que debe pagar por costos de bolsillo cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$8,850.

Los montos que pague por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de costos de bolsillo de \$8,850, ya no tendrá que pagar de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	---

La Tabla de beneficios médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos serán cubiertos únicamente cuando se cumplan los siguientes requisitos:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Los servicios que cubre Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluso atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- Recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta a menos que sea atención de emergencia o una urgencia o a menos que su plan o proveedor de red les hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona y supervisa su atención. En algunos casos, su PCP debe darle autorización previa antes de que usted acuda a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como hacerle una remisión.
- Algunos de los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (lo que a veces se llama autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado aparecen en una nota al pie de la Tabla de beneficios médicos en **negrita**.

Otros detalles importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre asistencia médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su cantidad de gastos compartidos por servicios Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios a largo plazo, y domiciliarios y comunitarios. (Consulte su *Manual para miembros de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus* disponible en www.centersplan.com/map para obtener más información sobre estos servicios).
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su Manual de *Medicare y Usted 2024*. También puede revisarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando 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).
- Podemos ofrecerle todos los servicios de cuidado preventivo que están cubiertos por Original Medicare sin costo alguno para usted; también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Centers Plan for Medicaid Advantage Plus es un plan integrado que permite a personas con doble elegibilidad inscribirse en un solo plan de salud para la mayoría de sus

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

beneficios de Medicare y Medicaid. Los afiliados tienen derecho a los servicios de Medicaid que normalmente obtendrían bajo el Plan de Medicaid del Estado de New York sin costo compartido. Por lo tanto, cualquier servicio de Medicaid que no esté incluido en el paquete de beneficios combinado de Advantage Plus de Medicare y Medicaid ofrecido por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, seguirá estando disponible para afiliados cuando lo proporcione un proveedor inscrito en Medicaid en una base de pago por servicio de Medicaid. La tabla de beneficios a continuación describe lo que está cubierto por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, incluidos los beneficios específicos de Medicaid (que se establecen en una segunda tabla).

- Si se encuentra en el período de 3 meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, seguiremos: proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage; cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos bajo el plan estatal de Medicaid aplicable; y pagando las primas de Medicare o los costos compartidos que de otra forma serían responsabilidad del estado si usted no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare no aumentará durante este período.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican una de las enfermedades crónicas establecidas abajo y participa de nuestro Programa de Gestión de la Atención, usted podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés).
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Dependencia crónica al alcohol y a otras drogas
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Enfermedad renal crónica
 - Enfermedad hepática crónica
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Desnutrición crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - VIH/sida
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Trastornos neurológicos
 - Trastornos hematológicos graves
 - Accidente cerebrovascular


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Antes de que se inscriba en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, un enfermero hará una evaluación de riesgo inicial (HRA, por sus siglas en inglés) para determinar su elegibilidad para el plan. Si esa HRA inicial y una revisión de sus registros médicos (por ejemplo, una revisión de medicamentos) confirman que usted tiene una o más de las enfermedades crónicas antes indicadas, usted será elegible para nuestros beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (SSBCI) cuando entre en vigor su inscripción en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. A partir de ese momento, los enfermeros harán una HRA adicional y una revisión de registros médicos (por lo menos una vez al año) para confirmar su elegibilidad para este beneficio durante el siguiente año de beneficios. Si el beneficio aún se ofrece en el siguiente año de beneficios y usted aún cumple los criterios de elegibilidad (que pueden cambiar de un año de beneficios a otro), usted recibirá el beneficio de SSBCI. Si cree que es elegible para este beneficio, y no lo ha recibido, llame a Servicios al Miembro; su número aparece en la contraportada de este libro. Recuerde que, para ser elegible para este beneficio, debe tener una o más de las enfermedades crónicas antes mencionadas, y la enfermedad debe estar documentada y confirmada por una revisión de sus registros médicos.
- Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para ver más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente a qué beneficios puede ser elegible.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Es un ultrasonido de diagnóstico que se realiza una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si tiene remisión para ello por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura (rutina) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 20 visitas de acupuntura al año. 	No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los tratamientos de acupuntura cubiertos.




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquel que dura 12 semanas o más; • dolor inespecífico; sin una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requerimientos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proveer servicios de acupuntura de acuerdo con los requerimientos del estado aplicables.</p> <p>Los asistentes de los médicos (PA), los enfermeros calificados (NP), los enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proveer servicios de acupuntura si cumplen con los requerimientos del estado aplicables y poseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y no restringida para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. <p>El personal auxiliar que practique acupuntura debe tener el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras normas, que se encuentran en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> <p>Se requiere autorización para las consultas 13 a 20</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en caso de emergencia o no, incluyen ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la consulta preventiva de bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado la consulta Bienvenido a Medicare para que se le cubra su consulta anual de bienestar si ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para aquellos que reúnen los requisitos, (por lo general, se trata de personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)



Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 de 40 años o más • Examen clínico de mama cada 24 meses 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p>
<p> Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico quizás le recomiende el uso de aspirina (de ser apropiado), medirá su presión arterial y le dará consejos para asegurarse de que se está alimentando de forma saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la prestación preventiva de terapia conductual intensiva relacionada con la enfermedad cardíaca.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses• Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un Papanicolaou cada 12 meses	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p style="text-align: center;">Se requiere remisión Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.• Detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses.• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de cribado o la última colonoscopia de cribado.• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos enemas de bario.</p> <p>Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <p><u>Servicios odontológicos preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza dental/profilaxis (una vez cada 6 meses) • Radiografía dental (una vez cada 6 meses) • Tratamiento de fluoruro (una vez cada 6 meses) • Examen bucal (una vez cada 6 meses) <p><u>Servicios odontológicos integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas y postes (1 cada 60 meses por diente) • Dentadura postiza (1 cada 36 meses) • Reparaciones de dentadura postiza (1 cada 12 meses) • Endodoncia (1 de por vida, por diente) • Extracciones (1 de por vida, por diente) • Rellenos (1 cada 24 meses por diente) • Gingivectomías (1 cada 36 meses por cuadrante) • Guardas oclusales (1 cada 12 meses) • Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) • Servicios de prostodoncia (1 cada 36 meses por arco) • Raspado (1 cada 6 meses por cuadrante) <p>Ciertas limitaciones aplican: Comuníquese con DentaQuest, nuestro administrador de beneficios odontológicos al 1-844-824-2023 (TTY 1-800-466-7566) para obtener más detalles.</p> <p>Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para servicios odontológicos</p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de \$2,000 al año por servicios odontológicos integrales</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Evaluación de cuadros depresivos</p> <p>Cubrimos una evaluación de cuadros depresivos por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a la consulta anual en la que se realice el examen de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. También se pueden cubrir los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, podría acceder hasta un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de diabetes, servicios diabéticos y suministros</p> <p>Para <i>todos</i> aquellos que padecen diabetes (utilicen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar su glucosa en sangre: Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas, dispositivos para lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y medidores.• Para aquellos que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo las plantillas que vienen con los mismos) y dos pares de plantillas adicionales; o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles que no fueron hechas a medida y que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes de calzado.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. <p>Se requiere una autorización para la capacitación para el autocontrol de la diabetes</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare ni para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Los insumos y servicios para la diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care.</p> <p>Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted usa insulina, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días.• Si usted no usa insulina, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (La definición de equipo médico duradero se encuentra en el capítulo 12 y en el capítulo 3, sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital encargadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no posee una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede ordenarlo especialmente para usted.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para DME ni suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es \$0%, cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará luego de estar inscripto durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus realizó el pago del alquiler durante 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus es \$0.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo para tales servicios dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está disponible en los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita ser hospitalizado una vez que su condición se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta O deberá ser hospitalizado en un centro fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud 	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para cada servicio de educación para la salud.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen auditivo de rutina (uno al año)• Ajuste/evaluación de audífonos (uno cada 3 años)• Audífonos (hasta \$1,000 por oído, cada 3 años)	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para servicios, exámenes de audición de rutina ni adaptación/evaluación de audífonos, o audífonos cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan el examen de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para aquellos miembros que reúnan los requisitos para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Asistencia de la agencia de salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita de los mismos y ordenará que los servicios de salud a domicilio sean proporcionados por una agencia especializada en ello. Debe permanecer confinado en casa, lo que significa que salir de ella implica un gran esfuerzo. Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o de forma intermitente (para estar cubiertos por la prestación de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos. <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para cada servicio de salud domiciliario cubierto por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención.• Capacitación y educación para aquellos pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero• Seguimiento remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p>Se requiere autorización</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a buscar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare relacionados a su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de cuidados paliativos relacionados a su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios cubiertos por Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y que no están relacionados a su diagnóstico terminal:</u> Si necesita un servicio que no es una emergencia ni es urgente, que está cubierto según la Parte A o B de Medicare y que no está relacionado con su diagnóstico terminal, su costo por dichos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si debe obtener autorización previa).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y los de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, debe pagar únicamente el costo compartido del plan por servicios dentro de la red • Si recibe el servicio cubierto de un proveedor fuera de la red, debe pagar el costo compartido bajo el pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> Centers Plan for Medicaid Advantage Plus continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no se cubren bajo la Parte A o B sin importar si están relacionados a su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si los medicamentos no están relacionados con su condición de enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados a su condición de enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, revise el capítulo 5, sección 9.4 (<i>Qué ocurre si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica convencional (atención que no está relacionada a su diagnóstico terminal), debe contactarnos para programar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido su beneficio de hospicio.</p>	<p>No existe ningún copago por un servicio de consulta de hospicio por única vez para una persona con una enfermedad terminal y que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas antigripales, una vez cada temporada de gripe en otoño y en invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contagiarse de hepatitis B• Vacuna contra el COVID-19• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y éstas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas establecidas en nuestra prestación de medicamentos recetados de la Parte D</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B y el COVID-19.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidados intensivos, rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria comienza el día en el que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial (como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonaudiología • Servicios de hospitalización por abuso de sustancias 	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados por período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Bajo ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, reno-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, cardiopulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal o multivisceral. Si usted necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es o no candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de la red para trasplantes están fuera del modelo de atención de la comunidad, usted puede elegir si recibe los servicios de trasplante en una ubicación cercana, siempre que los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Centers Plan for Medicaid Advantage Plus suministra servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención de trasplantes en su comunidad y usted elije recibir el trasplante en ese lugar, nosotros coordinaremos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.• Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para ingresarlo formalmente como paciente interno del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Si permanece en el hospital más de 90 días, el plan también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida que se pueden usar solo una vez durante su vida.</p> <p>Si le autorizan una hospitalización en un hospital fuera de la red después de que su emergencia haya sido controlada, usted pagará la misma cantidad de costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para servicios en un hospital psiquiátrico. El límite no aplica para los servicios como paciente hospitalizado provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados médicamente necesaria por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía de paciente hospitalizado: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una internación no cubierta</p> <p>Si ya ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, ésta no será cubierta. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)• Radiografías, radioterapias y terapias con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos• Vendajes quirúrgicos• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan completa o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejidos adyacentes), o la función completa o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inactivo o con mal funcionamiento, incluida la sustitución y reparación de dichos dispositivos.• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por daño, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por estos servicios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, insuficiencia renal (del riñón, pero no en diálisis) o luego de un trasplante de riñón, cuando su médico lo requiera.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación individualizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica con Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año posterior. Si cambiara su condición, tratamiento o diagnóstico, podría tener derecho a recibir más horas de tratamiento siempre y cuando cuente con la orden de un médico. Un médico debe prescribir dichos servicios y renovar su orden anualmente, si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios MDPP serán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en materia de salud que brinda formación práctica sobre el cambio de dieta a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas para superar los retos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios o de centros quirúrgicos ambulatorios • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta si padece hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscripto en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura relacionada a la osteoporosis postmenopáusica certificada por un médico y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Algunos medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas • Algunos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para heparina (cuando es médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Époetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de inmunodeficiencias primarias <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B y la Parte D sobre medicamentos recetados.</p> <p>En el capítulo 5 se explica la prestación de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se le cubran las recetas. En el capítulo 6 se explica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si se recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para el examen preventivo y terapia de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros a nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT)• Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)• Asesoramiento para el uso de sustancias• Terapia grupal e individual• Pruebas de toxicología• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapias (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales técnicos• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones• Exámenes de laboratorio• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.• Otras pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por estos servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, se debe cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar los costos compartidos de servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el Departamento Ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios realizados en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento sería necesario sin este. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar los costos compartidos de servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con autorización estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada clínica, consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermera practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de servicios de salud mental calificado por Medicare según lo permiten las leyes estatales aplicables.</p> <p>Se requiere una remisión para consultas psiquiátricas individuales y grupales</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada sesión de terapia grupal o individual para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología.</p> <p>Podrá recibir los servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio en los siguientes lugares: en departamentos ambulatorios de un hospital, en consultorios de terapeutas independientes y en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF).</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia física, del habla u ocupacional cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Se proveen servicios ambulatorios no residenciales para el tratamiento de dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos (cuidados durante todo el día por siete días), así como también asesoría tradicional (una o unas pocas horas por día, por lo general semanal o quincenalmente).</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada sesión de terapia grupal o individual para pacientes ambulatorios.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a ser operado en un hospital, consulte con su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. Salvo que el proveedor redacte una orden para ingresarlo al hospital, usted está en el hospital en calidad de paciente ambulatorio y debe pagar su parte del costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios• visita al centro de cirugía ambulatoria
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Puede comprar hasta \$290 cada mes de ciertos artículos OTC con una tarjeta de débito OTC proporcionada por el plan. Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: La asignación mensual de beneficios de artículos OTC de \$290 es una asignación mensual combinada (es decir, beneficios de OTC y SSBCI) que también se puede utilizar para sus beneficios de alimentos, productos agrícolas y servicios públicos (si es elegible para los <i>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI</i>). Esto significa que solo hay una asignación mensual de \$290 para los tres beneficios. Si no califica para los beneficios de alimentos, productos agrícolas y servicios públicos, la asignación mensual de \$290 solo se puede utilizar en artículos OTC.</p> <p>Los beneficios de alimentos, productos agrícolas y servicios públicos mencionados en este documento son beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (SSBCI) y no todos los miembros calificarán.</p> <p>Visite nuestro sitio web (www.centersplan.com/map) para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para este beneficio.</p> <p>Consulte la sección <i>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</i> de esta tabla para obtener más información sobre los beneficios de Alimentos, productos agrícolas y servicios públicos.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental de la comunidad, más intenso que la atención recibida en un consultorio médico y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios brindados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra instalación.• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico.• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en fase terminal para miembros que reciban diálisis en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro independiente de diálisis renal o en el domicilio del miembro.• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para miembros con trastorno de uso de sustancias o trastorno de salud mental simultáneo, independientemente de su ubicación.• 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 presencial dentro de los 6 meses previos a su primera visita mediante telesalud○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud○ Se pueden hacer excepciones de lo mencionado anteriormente en ciertos casos.• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural (<i>Rural Health Clinics</i>) y centros de salud calificados federalmente (<i>Federally Qualified Health Centers</i>).• Cheques virtuales (por ej., por teléfono o videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si:	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios médicos cubiertos.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos/practicantes, incluyendo visitas a consultorios médicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o en la fecha más cercana disponible <ul style="list-style-type: none">● Evaluación del video o las imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha más cercana disponible● Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o historial médico electrónico● Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía● Atención odontológica no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, recolocación de fracturas de mandíbula y otros huesos faciales, extracción odontológica para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que serían cubiertos de ser proporcionados por un médico)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención podológica de rutina para los miembros que tengan determinadas afecciones médicas que les afecten los miembros inferiores <p style="text-align: center;">Se requiere remisión Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA) 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para un examen anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (aparte de los odontológicos) que reemplacen completa o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Dichos aparatos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, fajas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un <i>brassiere</i> quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más información consulte el apartado Cuidado de la vista más adelante en esta sección.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros relacionados.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o severa y que tienen una remisión, del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica, para recibir rehabilitación pulmonar.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación para el abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si su evaluación es positiva para el abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de orientación individual por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para aquellos que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumador de al menos 20 paquetes al año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita para una LDCT durante una sesión de orientación y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón, y que cumplan con los criterios de Medicare para tales sesiones, y que estas sean llevadas a cabo por un médico o un profesional calificado.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la cual puede proporcionarse durante cualquier consulta con un médico o un profesional calificado. Si un médico o profesional calificado decide proporcionar una sesión de orientación y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible para las sesiones de orientación y toma de decisiones compartidas o LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Evaluación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Los mismos están cubiertos para mujeres embarazadas y para personas con alto riesgo de contraer una ETS, cuando los exámenes sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de orientación de alta intensidad cada año, de 20 a 30 minutos cada una, para la modificación de la conducta de adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las realiza un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No se aplican coaseguro, copagos o deducibles para el servicio de exámenes de detección de ETS cubiertos por Medicare y orientación para prevenirlas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 conscientes sobre su cuidado. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de la enfermedad renal crónica y, si su médico lo ordena, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio se encuentra temporalmente inaccesible o no disponible).• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial)• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y para quien le ayude en los tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros para diálisis en el hogar• Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (como visitas de especialistas en diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, prestar ayuda en casos de emergencias y controlar sus equipos de diálisis y suministro de agua, según sea necesario) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para los tratamientos de diálisis y servicios de educación sobre enfermedades renales</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por estos servicios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (La definición de atención de centros de enfermería especializada se encuentra en el capítulo 12 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que se encuentran naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de equipos tales como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/profesionales <p>Generalmente, recibirá atención en un SNF de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se enumeran a continuación, podría recibir el cuidado en un centro que no sea proveedor de la red, si el mismo acepta los montos de nuestro plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o comunidad para ancianos con asistencia continua donde haya vivido justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando en dicha institución se preste atención de centros de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo al momento en que usted recibe el alta <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la atención de centros de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado en un SNF y termina cuando no reciba ningún tipo de cuidado como paciente hospitalizado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un SNF después de que un período de beneficios finalizó, comenzará un nuevo período de beneficios.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cese del consumo de cigarrillos y tabaco (orientación para dejar de fumar cigarrillos o tabaco)</p> <p><u>Si fuma tabaco, pero no tiene síntomas o señales de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada sesión de orientación para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:</u> Cubrimos sesiones de orientación para el cese del consumo. Cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada sesión de orientación para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de cese de consumo de cigarrillos y tabaco.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (SSBCI, por sus siglas en inglés)</p> <p>Si le diagnostican una de las siguientes enfermedades crónicas y participa de nuestro Programa de Gestión de la Atención, usted podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI): Trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; dependencia crónica del alcohol y otras drogas; condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; insuficiencia cardíaca crónica; enfermedades renales crónicas; enfermedades crónicas del hígado; trastornos pulmonares crónicos; desnutrición crónica; demencia; diabetes; enfermedad hepática terminal; enfermedad renal terminal (ERT); VIH/SIDA; enfermedad inflamatoria intestinal; trastornos neurológicos; trastornos hematológicos graves; ACV.</p> <p>Los beneficios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Monitor de presión arterial</u> Los miembros elegibles pueden recibir un monitor de presión arterial una vez al año, según la necesidad médica.• <u>Beneficios de alimentos y productos agrícolas</u> Los miembros que son elegibles para recibir este beneficio pueden usar parte o la totalidad del beneficio mensual de OTC (artículos de venta libre) de \$290 para comprar alimentos y productos agrícolas (incluidos, entre otros, alimentos congelados, alimentos enlatados y frutas y verduras) usando una tarjeta de débito provista por el plan de los minoristas participantes. Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.• <u>Beneficio para servicios públicos</u> Los miembros que son elegibles para recibir este beneficio pueden usar parte o la totalidad del beneficio mensual de OTC (artículos de venta libre) de \$290 para pagar sus servicios públicos (electricidad, combustible para calefacción, agua, línea telefónica fija e internet) con la tarjeta de débito provista por el plan. Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por estos beneficios de SSBCI.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (SSBCI) (cont.)</p> <p>Los beneficios de monitor de presión arterial, alimentos, productos agrícolas y servicios públicos descritos arriba son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (SSBCI); no todos los miembros calificarán.</p> <p>Estos beneficios solo deben ser usados por el miembro elegible para artículos OTC, alimentos y productos agrícolas y/o servicios públicos elegibles para el miembro elegible. Estos beneficios no son transferibles.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: La asignación del beneficio mensual de \$290 para alimentos, productos agrícolas y servicios públicos es una asignación mensual combinada (es decir, beneficios de OTC y SSBCI) que también se puede utilizar para sus beneficios de OTC. Esto significa que solo hay una asignación mensual de \$290 para los tres beneficios. Si no califica para los beneficios de alimentos, productos agrícolas y servicios públicos, la asignación mensual de \$290 solo se puede utilizar en artículos OTC.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>Se cubre el SET para miembros que sufran de enfermedad arterial periférica (EAP) y cuenten con una remisión del médico responsable del tratamiento de la EAP.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de capacitación-ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes con claudicación.• Realizarse en un entorno de servicios ambulatorios en un hospital o en un consultorio médico.• Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan el daño, así como que esté capacitado en terapia de ejercicio para EAP.• Estar bajo supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Una vez pasadas las 36 sesiones durante el periodo de 12 semanas, puede que se ofrezca cobertura SET para unas 36 sesiones adicionales durante un periodo de tiempo extendido si un profesional de la salud lo considera necesario.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por cada sesión de Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia se prestan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección inesperada que no constituyen una emergencia y que requieren atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable recibir servicios de proveedores de la red. Si, debido a sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica mediante un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia por parte de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Los ejemplos de los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red que el plan debe cubrir si: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido por los servicios requeridos con urgencia prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios dentro de la red.</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia están únicamente disponibles en los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No existe ningún coaseguro ni copago para los servicios requeridos con urgencia.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen anual de glaucoma. Se incluye entre las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma a personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más.• Para personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, que incluye el implante de una lente intraocular (si tiene dos operaciones diferentes de cataratas, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda).• <u>Cuidado oftalmológico de rutina:</u><ul style="list-style-type: none">○ Examen oftalmológico de rutina (uno por año)○ Anteojos: hasta \$200 cada año para un par de anteojos (lentes y monturas) <u>o</u> lentes de contacto	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible por los servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>No existe ningún copago para el examen oftalmológico de rutina anual ni anteojos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una única consulta preventiva de Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su estado su salud, así como educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y, de ser necesario, remisiones para recibir otro tipo de atención.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare únicamente dentro de los primeros 12 meses en que tiene la cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su consulta, notifique en el consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

Sección 2.2 Tabla de beneficios de Medicaid

Debido a que posee los beneficios completos de Medicaid y está inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (el plan MAP de Centers Plan), los siguientes beneficios pueden estar cubiertos en su totalidad por nuestro plan. Consulte a continuación para obtener más información o comuníquese con su Gestora de Atención para saber más sobre nuestras reglas de cobertura.

Antes de que usted pueda recibir la mayoría de los servicios cubiertos de esta lista, nuestro plan debe autorizar el servicio. Algunos de los servicios que se cubren requieren de la orden de un médico. Sin embargo, no necesita autorización para acudir al podólogo, al odontólogo, al audiólogo y al optometrista para evaluaciones y servicios de rutina. Tampoco necesita autorización en caso de emergencia o en una situación de urgencia.

Consulte su *Manual para miembros de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus* (disponible en www.centersplan.com/map) para obtener más información sobre sus beneficios de Medicaid cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Descripción de los beneficios
Atención médica diurna para adultos	Atención y servicios ofrecidos en un centro de salud que incluyen: servicios médicos, de enfermería, nutricionales, sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento, odontológicos y otros.
Ambulancia	Transporte proporcionado por un servicio de ambulancia, incluida ambulancia aérea. Transporte de emergencia si es para recibir servicios hospitalarios para un afiliado que sufre una afección grave, potencialmente mortal o incapacitante que requiere la prestación de servicios de emergencia mientras el afiliado es trasladado. Incluye transporte al departamento de emergencias de un hospital generado por llamar al “911”.
Medición de la masa ósea	Medición de la masa ósea para personas en riesgo.
Servicios quiroprácticos	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación, realizada por quiroprácticos u otros proveedores calificados.
Prueba de detección colorrectal	Prueba de detección colorrectal para personas a partir de los 50 años.
Deducibles y copagos para servicios cubiertos por Medicare	Una gran parte de los servicios que recibe, incluidos los servicios de hospitalización y ambulatorios, las consultas médicas, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio son cubiertos por Medicare y se enumeran en la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP). Si hay una prima, copago o deducible, usted no tendrá que pagarlos, ya que cuenta con Medicaid. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus también cubrirá muchos de los servicios que no son cubiertos por Medicare. Las secciones a continuación le explicarán qué servicios están cubiertos.
Atención odontológica	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicaid, entre ellos, atención preventiva necesaria, profilaxis y otra atención odontológica de rutina, servicios, insumos y prótesis odontológicas para aliviar afecciones graves a la salud.</p> <p>Servicios de cirugía dental ambulatoria o con hospitalización, sujetos a una autorización previa.</p>
Control de la diabetes	Autocontrol de la diabetes, capacitación para el control e insumos, incluidos monitores de glucosa, tiras reactivas y lancetas.
Pruebas de diagnóstico	Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radioterapia.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Descripción de los beneficios
Equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medicaid, incluyendo equipos y dispositivos distintos a dispositivos de prótesis y órtesis que tengan las siguientes características: que puedan resistir un uso repetido por períodos prolongados; que sean principal y generalmente utilizados para fines médicos; que generalmente no sean útiles para personas con ausencia de enfermedades o lesiones y normalmente sean ajustados, diseñados o fabricados para el uso particular de una persona. Debe ser solicitado por un profesional médico calificado. No exige como requisito previo estar imposibilitado para salir e incluye los equipos médicos duraderos que no pertenecen a Medicare que están cubiertos por Medicaid (por ejemplo, silla para la ducha o barras de apoyo). Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas y suplementos enterales/parenterales y baterías de audífonos.
Atención en el Departamento de Emergencias	Atención provista un Departamento de Emergencia de un hospital, según el criterio de una persona prudente sin especialización.
Educación para la salud	Los miembros reciben nuestro boletín trimestral llamado “Healthy Living”, el cual contiene información útil sobre el bienestar de nuestros miembros. Consulte el sitio web de CPHL para obtener recursos educativos adicionales.
Servicios de audición	Servicios y productos de audición de Medicare y Medicaid cuando por razones médicas sea necesario aliviar la discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen audífonos y selección, ajuste y despacho de los mismos; revisión de dispositivos de audición posterior a su entrega, evaluaciones de conformidad y reparación de los dispositivos de audición; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones y prescripciones de aparatos auditivos; y productos de audición, incluyendo audífonos, moldes para oídos, accesorios especiales y repuestos.
Comidas a domicilio y colectivas	Comidas provistas en el hogar o en lugares colectivos (como un centro para personas mayores) a personas incapaces de preparar comidas o hacer que las preparen.
Salud en el hogar	Cuidados intermitentes de enfermería calificada médicamente necesaria, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye los servicios de salud en el hogar que Medicare no cubre (por ejemplo, servicios del asistente de salud en el hogar con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables).
Vacunas	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y la vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Cuidados para el paciente hospitalizado, incluyendo servicios por abuso de sustancias y de rehabilitación	Hasta 365 días por año (366 días para los años bisiestos).
Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados (para cuidados no cubiertos por Medicare)	Atención médicamente necesaria, incluso por días que excedan al máximo de por vida de 190 días de Medicare.
Mamografías	Prueba de detección anual para personas de 40 años o mayores. No se requiere remisión.
Servicios médicos sociales	Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales asociados al mantenimiento de la persona en el hogar.
Transporte que no es de emergencia	Transporte esencial para que un afiliado reciba atención y servicios médicos necesarios de los beneficios del plan o Medicaid con una tarifa por cada servicio. Incluye ambulancia de traslado, autobús para discapacitados, taxi, taxi programado, transporte público u otros medios apropiados para la condición médica del afiliado y un asistente de transporte que acompañe al afiliado, de ser necesario.
Nutrición	Evaluación del estado o las necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, educación en el lugar de trabajo; incluye consideraciones culturales.
Medicamentos para pacientes ambulatorios	Todos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos obtenidos por un proveedor y administrados en el consultorio de un médico o una clínica cubiertos por Medicaid. (No de la Parte D).
Atención ambulatoria de salud mental	Consultas de terapia grupal e individual. Los afiliados deben poder hacer una autoderivación para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.
Rehabilitación ambulatoria: Fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) y terapia del habla (Speech Therapy, ST)	<p>Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades físicas (fisioterapia); a realizar sus habilidades de la vida diaria (terapia ocupacional) o a restablecer al paciente a su nivel funcional en el habla o el lenguaje (terapia del habla).</p> <p>Los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicaid se limitan a veinte (20) sesiones (ordenadas por un médico u otro profesional con licencia) por terapia por año calendario, salvo para niños menores de 21 años y personas con discapacidad del desarrollo).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Cuidados para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Consultas individuales y grupales. Los afiliados deben poder hacer una autoderivación para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.
Cirugía ambulatoria	Consultas médicamente necesarias en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario ambulatorio.
Exámenes de Papanicolaou y pélvicos	Exámenes de Papanicolaou y pélvico.
Visitas al consultorio del PCP	Visitas al consultorio del Proveedor de Atención Primaria.
Servicios de cuidado personal	Incluye asistencia médicamente necesaria con Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) y tareas relacionadas con la salud a través de asistencia práctica, supervisión y/o indicaciones.
Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (Personal Emergency Response System, PERS)	Dispositivo electrónico que les permite a las personas garantizar la ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.
Podología	Cuidado de los pies médicamente necesario, incluida atención en caso de ciertas condiciones médicas que afecten sus extremidades inferiores. Cuidado de rutina para los pies, hasta cuatro (4) consultas al año.
Servicios privados de enfermería	Servicios privados de enfermería médicamente necesarios de conformidad con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, del asistente médico registrado o del enfermero certificado.
Detección del cáncer de próstata	Exámenes de detección de cáncer de próstata para hombres a partir de los 50 años.
Prótesis	Prótesis, órtesis y calzado ortopédico cubiertos por Medicare y Medicaid.
Centro de atención médica residencial	Atención cubierta por Medicare y Medicaid brindada en un Centro de atención médica residencial. No se requiere una estancia previa en el hospital.
Evaluación física anual de rutina	Hasta una evaluación física de rutina por año.
Apoyos sociales y ambientales	Los servicios y artículos incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de ama de casa o de cuidado, mejoras al hogar y asistencia de relevo.
Atención Social Diurna	Programa integral estructurado que provee socialización, supervisión y monitoreo, atención personal y nutrición en un contexto seguro.
Visitas al consultorio del especialista	Visitas al consultorio de un especialista

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Atención de urgencia	Atención de urgencia necesaria, en la mayor parte de los casos, fuera del área de servicio del plan.
Servicios de cuidado de la vista	Servicios de optometristas, oftalmólogos y distribuidores oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto necesarios por razones médicas y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de fábrica o hechos a medida) y ayudas y servicios para personas con un bajo nivel de visión. También incluye la reparación o reemplazo de piezas. La cobertura también incluye los exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades oculares. La evaluación por refracción se limita a una cada dos (2) años, a menos que se justifique como médicamente necesaria. Los lentes no requieren cambio con una frecuencia mayor a cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los lentes se extravíen, dañen o destruyan.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus?

Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> están cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus
--

Los siguientes servicios no están cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, pero están disponibles a través de Medicaid:

Beneficios de Medicaid	Descripción de los beneficios de Medicaid
Programa de vida asistida (Assisted Living Program, ALP)	Un programa de vida asistida proporciona cuidado personal, limpieza, supervisión y asistentes de salud en el hogar. Servicios de respuesta personal ante emergencias, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, atención médica diurna para adultos, una variedad de servicios de salud en el hogar y los servicios de administración de casos de una enfermera profesional registrada. Los servicios se brindan en un hogar para adultos o en un entorno habitacional enriquecido. Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien Medicaid cubre los servicios del ALP y del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, los miembros no pueden recibir estos servicios y permanecer inscritos en Centers Plan. Si los miembros solicitan estos servicios, se les cancelará su inscripción en nuestro plan.
Gestión integral de casos de Medicaid (Comprehensive Medicaid Case Management, CMCM)	CMCM es un programa que brinda servicios de remisión de manejo de casos de "trabajo social" a una población objetivo (por ejemplo, adolescentes, enfermos mentales). Un gestor de casos de CMCM ayudará a los clientes a acceder a los servicios necesarios de acuerdo con los objetivos contenidos en un plan de administración de casos por escrito. Los programas de CMCM no brindan servicios directamente, sino que se refieren a una amplia gama de proveedores de servicios. Algunos de estos servicios son: médico, social, psicosocial, educativo, laboral, financiero y de salud mental.

Beneficios de Medicaid	Descripción de los beneficios de Medicaid
Terapia de observación directa para la tuberculosis	La terapia de observación directa para la tuberculosis (tuberculosis directly observed therapy, TB/DOT) es la observación directa de la ingesta oral de medicamentos para la TB (tuberculosis), a fin de garantizar que el paciente siga el régimen de medicación prescrito por el médico.
Programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar	Hay una serie de programas de exención basados en el hogar y la comunidad que brindan servicios autorizados según las exenciones de la sección 1915(c) de la SSA del DHHS (siglas en inglés para Departamento de Salud y Servicios Humanos). Los programas incluyen el Programa de Atención Médica a Domicilio a Largo Plazo, el Programa de Lesiones Cerebrales Traumáticas (Traumatic Brain Injury, TBI), la Exención ICF/MR, así como los Programas HCBS de Atención en el Hogar de Medicaid y los Programas de Atención en el Hogar de la OPWDD. Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien Medicaid cubre los servicios del ALP y del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, los miembros no pueden recibir estos servicios y permanecer inscritos en Centers Plan. Si los miembros solicitan estos servicios, se les cancelará su inscripción en nuestro plan.
Beneficios de farmacia de Medicaid	<p>Medicaid del Estado de New York sigue brindando cobertura para ciertos medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare, como barbitúricos, benzodiazepinas, algunas vitaminas recetadas y algunos medicamentos sin receta.</p> <p>Visite el siguiente sitio web para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid y para ver la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid más actualizada https://member.emedny.org/, o llame al programa de farmacias de Medicaid al 1-855-648-1909 (TTY 1-800-662-1220), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 9 a. m. a 1 p. m. Tiene a su disposición ayuda con el idioma.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Beneficios de Medicaid	Descripción de los beneficios de Medicaid
Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	<p>Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD), incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de terapia a largo plazo proporcionados por el artículo 16: centros de tratamiento clínico o centros del artículo 28.</i> Estos servicios se brindan a personas con discapacidades del desarrollo, incluidos servicios médicos o de recuperación recomendados por un médico u otro profesional autorizado de las artes curativas para una reducción máxima de los efectos de la discapacidad física o mental y la restauración de la persona a su mejor funcionamiento funcional posible. • <i>Tratamiento diurno:</i> Una combinación planificada de servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación brindados a personas con discapacidades del desarrollo que necesitan una amplia gama de servicios, pero que no necesitan atención intensiva las veinticuatro (24) horas del día ni supervisión médica. Los servicios proporcionados según lo identificado en la evaluación integral pueden incluir servicios de nutrición, recreación, cuidado personal, vida independiente, terapias, enfermería y transporte. • <i>Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC):</i> La Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC) es un servicio del Plan Estatal de Medicaid proporcionado por la OPWDD que ayuda a las personas con discapacidades del desarrollo a obtener acceso a los servicios y apoyos necesarios y apropiados para las necesidades del individuo.
Servicios de planificación familiar fuera de la red	<p>Servicios de planificación familiar fuera de la red proporcionados por proveedores calificados de Medicaid. Servicios de planificación familiar y servicios de atención médica reproductiva se refiere a los servicios de salud que ayuda a los afiliados, incluidos los menores, que pueden ser sexualmente activos prevenir o reducir la incidencia de embarazos no deseados. Estos incluyen: el diagnóstico y todo el tratamiento médicamente necesario, esterilización, evaluación y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual y evaluación para detectar enfermedades y el embarazo.</p> <p>También se incluye la orientación y pruebas de VIH cuando se ofrecen como parte de una visita de planificación familiar. Adicionalmente, la atención de la salud reproductiva incluye la cobertura de todos los abortos médicamente necesarios. Los abortos inducidos electivos deben estar cubiertos para los beneficiarios de la ciudad de New York. Los servicios de fertilidad no están cubiertos.</p>

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

Sección 4.1 Servicios que *no* son cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por Medicare solo bajo condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en los casos específicos que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no son cubiertos por nuestro plan, y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es, si se apela por el servicio y se determina: a través de un proceso de apelación, que el servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto en virtud de una situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el capítulo 9, sección 6.3 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento del funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, así como el seno no afectado para producir un aspecto simétrico.
<p>Cuidado de custodia.</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado que no requiere de la atención continua por parte de un personal médico o paramédico entrenado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Este beneficio puede estar cubierto por el plan como un beneficio de Medicaid.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos, y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos experimentales y artículos son aquellos artículos y procedimientos determinados por Original Medicare que no son aceptados de manera general por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser cubierto por Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el capítulo 3, sección 5 para obtener mayor información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios por la atención cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Este beneficio puede estar cubierto por el plan como un beneficio de Medicaid.
<p>Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Entrega de comidas a domicilio.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Este beneficio puede estar cubierto por el plan como un beneficio de Medicaid.
<p>Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, como preparación de comidas o tareas domésticas livianas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Este beneficio puede estar cubierto por el plan como un beneficio de Medicaid.
<p>Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico de piernas y están incluidos en el costo de este aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
<p>Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para personas con una visión reducida.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una operación de cataratas.
Atención podológica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si el paciente padece diabetes). • Este beneficio puede estar cubierto por el plan como un beneficio de Medicaid, con un máximo de 4 visitas al año.
Servicios considerados como no razonables o no necesarios, según los estándares de Original Medicare.	No cubiertos bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
los medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos.**

Dado que usted está en el programa “Ayuda Adicional”, **puede ser que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no aplique en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Consulte el capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos de Medicare.

Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo los beneficios de Medicaid. La “Lista de medicamentos” le ayuda a saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--

El plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumpla las siguientes reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, un odontólogo u otro proveedor que expida recetas) que le haga una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le receta el medicamento no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe acudir a una farmacia de la red para adquirir su receta. (Consulte la sección 2, *Adquiera sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la sección 3, *Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o apoyado por ciertas referencias. (Vea la sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 Adquiera su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Acuda a una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una farmacia de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (www.centersplan.com/map), o llamar a Servicios al Miembro.

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que frecuenta abandona la red del plan, será necesario que encuentre una farmacia nueva que esté dentro de la misma. Puede comunicarse con Servicios al Miembro o usar el *Directorio de farmacias* para encontrar otra farmacia de la red en su área. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.centersplan.com/map.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios para el servicio de salud para indígenas, grupos tribales y el programa de salud para indígena urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en

Capítulo 5 *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*

casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias en nuestra red.

- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren de una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. (**Nota:** Esta situación ocurre pocas veces).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios al Miembro.

Sección 2.3 Usar el servicio de encargo por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de encargo por correo son los que usted toma de manera regular debido a una condición médica crónica o prolongada. Los medicamentos que no estén disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con un asterisco en nuestra "Lista de medicamentos".

Nuestro servicio de encargo por correo del plan le exige ordenar **un suministro de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con nuestra farmacia de pedido por correo, MedImpact Direct (también conocida como Birdi):

Por teléfono:	1-855-873-8739 (TTY: 711) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.
Sitio web:	www.medimpactdirect.com

Normalmente, recibirá la receta solicitada por correo en un plazo máximo de 14 días. Si hay demoras en la recepción de su medicamento de pedido por correo, comuníquese con nuestro Servicio de Asistencia Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711) para solicitar una anulación por única vez para recibir su medicamento en una farmacia local.

Resurtido de prescripciones de encargo por correo. Para resurtir, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual para asegurar que el próximo pedido se envíe a tiempo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener suministro prolongado de medicamentos?**

Cuando tiene un suministro prolongado de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece una manera de obtener un suministro prolongado (también se le llama suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera periódica para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias de venta al por menor en nuestra red le permiten obtener suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias* le indica en cuáles farmacias de nuestra red puede obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta podrá estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Por favor, consulte primero con el Servicios al Miembro** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es muy probable que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Hcontinuación le describimos en qué circunstancias podríamos cubrir recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque una farmacia de la red no está a una distancia razonable en auto que preste servicio las 24 horas
- Si está intentando surtir un medicamento recetado que una farmacia de la red accesible no tiene disponible con regularidad (incluyendo medicamentos de alto costo y medicamentos únicos)

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo se solicita un reembolso al plan?**

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo completo al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos. (La sección 2 del capítulo 7 explica cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos la “**Lista de medicamentos**”, para abreviar.

Los medicamentos en 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 fue aprobada por Medicare.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan, siempre que cumpla con las reglas explicadas en este capítulo y el uso del medicamento corresponda a una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento o *bien*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado.
- O respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano, y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre con la marca registrada del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) son denominados productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede ser un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o biológicos y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está incluido en la "Lista de medicamentos"?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información al respecto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no esté en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

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

Tiene cuatro (4) maneras de averiguarlo:

1. Revise la “Lista de medicamentos” más reciente que le hemos enviado electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.centersplan.com/map). La “Lista de medicamentos” del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la “Lista de medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.MedImpact.com o llame a Servicios al Miembro). Con esta herramienta, puede buscar los medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver un monto estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, algunas normas especiales restringen cómo y dónde los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de esas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro de menor costo funciona tan bien de acuerdo al criterio médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, algunos medicamentos aparecen más de una vez en la “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y se pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día, pastilla frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones aplican?
--

Las secciones siguientes le dan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para el medicamento que usted toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué es lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea ser eximido de la restricción, necesitará seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando una versión genérica esté disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** o una versión biosimilar intercambiable funciona tan bien como un medicamento de marca u otro producto biológico original y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o una versión biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico similar está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico

Capítulo 5 *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*

o biosimilar intercambiable no surtirá efecto en su caso, *O* ha escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico similar, *O* nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que son tratamiento para la misma condición surtirán efecto en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca o producto biológico similar. (Su parte del costo podría ser mayor por el medicamento de marca o producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa con el fin de garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requerimiento lo motiva a probar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir de un medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora diaria para cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora diaria.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?

Sección 5.1 Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted desea
--

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o uno que usted o su proveedor consideran que debería estar tomando, que no forma parte de nuestro formulario o que figura en nuestro formulario bajo ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta pero la versión de marca que usted desea no lo está.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- Existen alternativas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea.
- Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si su medicamento está restringido, consulte la sección 5.2 para averiguar qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si su medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son las opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones de su medicamento.

Podría obtener un suministro temporal del medicamento

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para poder recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su prescripción está hecha para menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Por favor observe que la farmacia del centro de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en menores cantidades para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si su receta está indicada para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Si alguno de los siguientes cambios en las características de los niveles de cuidados aplica para usted, podría estar autorizado para recibir un suministro de transición del medicamento que está tomando actualmente:
 - Si usted se muda de un centro de cuidado prolongado a un hospital u otras instalaciones.
 - Si usted se retira de un centro de atención a largo plazo para regresar a su hogar.
 - Si usted es dado de alta de un centro especializado de enfermería

Los cambios en el nivel de cuidado que se listan anteriormente son solo algunas de las razones por las cuales podría calificar para un suministro de transición. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Asistencia Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Comuníquese con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente que esté cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en la que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes de que termine el año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de soporte

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

de quien le prescribe el medicamento). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, en el capítulo 9, sección 7.4, se explica cómo hacerlo. Este explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al inicio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios a la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Remplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si la cobertura cambia para un medicamento que usted está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurren cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea de forma regular. Abajo describimos las ocasiones en que podría recibir avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que usted consume.

Los cambios en la cobertura de sus medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a 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).**

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menores restricciones. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadir nuevas restricciones, o ambos, cuando se agrega el nuevo genérico.
- Podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca actualmente. Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Este también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces se considera que un medicamento no es seguro o se saca del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podemos retirar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su proveedor también se enterará de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que, una vez iniciado el año, hagamos otros cambios que puedan afectar el medicamento que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para sustituir a un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de reparto de costes o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias en el recuadro de la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos brindarle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o brindarle un aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que está adquiriendo de una farmacia de la red.
 - Luego de recibir el aviso de cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios a la “Lista de medicamentos” que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento al momento de realizar el cambio; sin embargo, es posible que los cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año si usted permanece en el mismo plan.

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

- Le ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si ocurren cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por su salida del mercado, porque un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente usted no verá ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional para su uso del medicamento.

No le avisaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá revisar la “Lista de medicamentos” del año siguiente del plan (cuando esté disponible la lista en el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted toma que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos no cubiertos

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están **excluidos**. Esto quiere decir que ni Medicare, ni Medicaid, pagan por estos medicamentos.

Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted debe costearlo.

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirá bajo la Parte D:

Capítulo 5 *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*

- La cobertura de nuestro plan para los medicamentos de la Parte D no puede incluir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El uso fuera de lo indicado es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de esos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de medicamentos de Medicaid y para ver la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid más actualizada, puede hacer lo siguiente:

Llame al:	1-518-486-3209
Correo electrónico:	ppno@health.ny.us NOTA: Indique “Programa de medicamentos preferidos” en el asunto del correo electrónico.
Sitio web:	https://omh.ny.gov/omhweb/guidance/medicaid_pharmacy_benefit/changes.html

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de síntomas del resfrío
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios por los cuales el fabricante requiere que se le compren exclusivamente pruebas o servicios de control asociados como condición de venta

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Provea su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se encuentra en la tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente el medicamento al plan.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no lleva consigo su información de membresía?

Si no lleva consigo su información de membresía del plan cuando va a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta al recogerla si la farmacia no puede obtener la información necesaria. (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos**. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar al plan un reembolso).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente le cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los mismos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidado prolongado (LTC)?

Normalmente, un centro de cuidado prolongado (LTC) (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro LTC, podrá obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que el centro utilice, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Revise su *Directorio de farmacias* para determinar si la farmacia de su centro de cuidado prolongado o la que ellos usen forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que sea capaz de recibir de manera regular sus beneficios de la Parte D a través de una farmacia de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidado prolongado (long-term care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o que tiene alguna restricción?

Consulte la sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué pasa si también está recibiendo cobertura de medicamentos de parte de su empleador o un plan grupal de jubilados?
--------------------	---

Si actualmente tiene otras coberturas de medicamentos recetados a través de su empleador (o del de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupal. Esto significa que su cobertura colectiva pagará primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que el plan cuenta con cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve ese aviso sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no ha recibido el aviso sobre la cobertura acreditable solicite una copia a su administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o del empleador o el sindicato.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, para el dolor o la ansiedad) que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta el medicamento o del proveedor de su centro de cuidados paliativos, donde se indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos al recibir estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, solicite al proveedor de su centro de cuidados paliativos o al profesional que receta el medicamento que proporcionen la notificación antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección del centro de cuidados paliativos o se le dé el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos según se explica en este documento. Para prevenir cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve su documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura**

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos por nuestros miembros, para garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. Además evaluamos nuestros expedientes de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que puedan no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si vemos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que nuestros miembros usen de manera segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que recibe de diversos médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis por opiáceos reciente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos las formas en las que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos al Programa de Manejo de Medicamentos (DMP), las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las prescripciones de sus medicamentos opiáceos o con benzodiazepina de una determinada farmacia
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de sus medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un determinado médico
- Limitar la cantidad de los medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si planeamos limitar su forma de obtener estos medicamentos o qué cantidad puede obtener, le enviaremos un aviso con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la restricción, usted y el proveedor que lo prescribe tienen el derecho de presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier 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 fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo ubicará en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con cáncer o enfermedad de células falciformes si está recibiendo cuidados terminales, paliativos o para el fin de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa fue creado por un equipo de farmacéuticos y médicos para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o son parte de un DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden darle una descripción integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y algún otro problema o preguntas que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de su medicación. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que sean parte del MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de recomendaciones y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el mismo y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la
Parte D*



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos.

Ya que usted es elegible para recibir los servicios de Medicaid, usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus costos del plan por medicamentos recetados. Como usted forma parte del programa “Ayuda Adicional”, **una parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica a su caso.**

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitar el pago de una factura
que ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura de atención médica o medicamentos que recibió, deberá enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina **reembolso**). Tiene derecho a recibir el reembolso de nuestro plan cuando ha pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de gastos compartidos, como se indica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios debieran cubrirse. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a tratamiento.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que es posible que pueda necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió.

1. Cuando se lo atendió de emergencia o urgencia y recibió atención médica de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, sin importar si este pertenece a nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.
- Es posible que reciba de parte del proveedor una factura que usted cree que no debe. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya ha realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al mismo.

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya pagó el servicio, le haremos el reembolso.

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

Los proveedores de la red siempre deberían enviar la factura directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya realizó el pago de una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con el recibo del pago que ya ha realizado. Usted debe solicitarnos un reembolso.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es de carácter retroactivo. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Necesitará presentar documentación como recibos y facturas para que procesemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, la farmacia no podrá enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en determinadas circunstancias. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

5. Cuando paga el costo total de su receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no obtiene de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, usted tal vez tenga que pagar el costo total de la receta. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Podría pagar el costo total de una receta si por alguna razón el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” o podría tener un requisito o restricción especial que usted no conocía o no pensaba que aplicaría

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar el costo total del mismo.

- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos obtener más información de su médico para poder realizar el reembolso de los medicamentos.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe ser cubierta, pagaremos el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 de este documento para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ya ha recibido

Puede pedir una devolución al enviarnos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos es una buena idea. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, hacerlo nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. Si elige utilizar el formulario, se le solicitará la siguiente información para evitar posibles demoras en el procesamiento de su solicitud de reembolso:

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

<u>Para medicamentos recetados:</u>	<u>Para servicios de hospitalización y ambulatorios:</u>
<p>Parte 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembro principal/número de identificación del titular • Nombre del suscriptor principal • Fecha de nacimiento del suscriptor principal • Nombre del paciente: (nombre, segundo nombre, apellido) • Fecha de nacimiento del paciente • Firma del miembro <p>Parte 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de surtido • Cantidad • Cantidad de días del suministro • Código nacional del medicamento • Nombre y concentración del medicamento • Nombre del médico • NPI del médico • Precio de la receta • Copago • Costo de administración <p>Parte 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la farmacia • NPI 	<p>Sección 1 – Información del miembro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nro. de identificación de miembro en la tarjeta • Nombre del miembro • Dirección • Ciudad • Estado • Código Postal <p>Sección 2 – Detalles del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor del servicio • Fecha(s) del servicio • Monto cobrado <p>Sección 3: Comentarios</p> <p>Sección 4 – Firma</p>

- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.centersplan.com/map) o puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagos a esta dirección:

<p><u>Para medicamentos recetados:</u> MedImpact P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108</p>	<p><u>Para servicios de hospitalización y ambulatorios:</u> Centers Plan for Healthy Living Attn: Member Reimbursement 75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor Staten Island, NY 10304</p>
---	--

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Revisamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos suministre 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 usted ha seguido las reglas, pagaremos el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que *no* siguió todas las normas, no pagaremos por dicha atención o medicamento. Le enviaremos una carta explicativa de las razones por las cuales no estamos enviando el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión adoptada cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera conveniente para usted y que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letras grandes, en audio).
--------------------	---

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. 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 cuenta con servicios gratuitos de intérpretes, que están disponibles para responder cualquier pregunta que tengan los miembros que no hablan inglés. Además, podemos brindarle información en Braille, en letras grandes, en audio o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro.

Nuestro plan está obligado a brindar a las afiliadas 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 las mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame al Departamento de Reclamos y Apelaciones para un reclamo al 1-833-274-5627. 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.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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. We can also give you information in braille, in large print, in audio, 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, please call to file a grievance with the Grievance and Appeals department at 1-833-274-5627. 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.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a ir a un médico especialista en mujeres (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de un especialista cuando lo necesite. Usted también tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin mayores retrasos.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el capítulo 9 le explica qué hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud tal como lo exigen dichas leyes.

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como también sus registros médicos y cualquier otra información médica y de salud.
- Tiene derecho a recibir información y controlar la manera en que se utiliza su información médica. Nosotros le entregamos una nota escrita llamada *Aviso de práctica de privacidad*, con información sobre estos derechos y donde se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a una persona que no le está brindando ni pagando su atención, *antes de hacerlo, debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones que no requieren de su permiso previo por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a suministrar información médica a las agencias del gobierno que estén revisando la calidad de servicio.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información personal de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con estatutos y regulaciones federales. Generalmente, esto requiere que la información que lo identifica únicamente a usted no sea compartida.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber si ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver el registro médico que tenemos en el plan y a obtener una copia del mismo. Estamos autorizados para cobrarle una tarifa por realizar las copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos hacer adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si usted realiza esa petición, consultaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Tiene derecho a conocer cómo se ha compartido la información de su salud con terceros con cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro.

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras del plan.
- **Información de nuestros proveedores y farmacias de red.** Tiene derecho a que le brindemos información sobre las certificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al momento de usarla.** Los capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 9 ofrece información para solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El capítulo 9 también ofrece información sobre cómo solicitarnos cambiar una decisión que hayamos tomado, también llamado apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado**Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Usted tiene derecho a que sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud le proporcionen información completa. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *en una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre cuál tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir toda la información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar los fármacos y hacer uso de sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Debe ser notificado con anticipación si alguna propuesta de tratamiento o atención médica es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la elección de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otra instalación médica, aún si el médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si se encuentra en esa situación. Esto quiere decir que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si en algún momento no puede tomarlas por sí mismo.
- **Suministrar instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que usted desea que manejen su atención médica, si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres con que se les conoce. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder legal para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para dar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener una directiva anticipada con su abogado, un trabajador social, o algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de directivas anticipadas por parte de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que menciona en el formulario como la que tomará las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Le recomendamos darle copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si usted ha firmado un formulario de instrucción por adelantado y si usted lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de directiva anticipada (incluso si desea firmarlo cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarle por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no se toman en cuenta?

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York:

Por correo:	New York State Department of Health Office of Professional Medical Conduct Riverview Center 150 Broadway Suite 355 Albany, NY 12204-2719
Por teléfono:	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Quejas/consultas:</u> 1-800-663-6114 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. • <u>Principal:</u> 1-518-402-0836
Por correo electrónico:	opmc@health.ny.gov
Sitio web:	www.health.ny.gov/professional/doctors/conduct/

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado**

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o hacer una apelación, el capítulo 9 de este documento le informa qué debe hacer. Cualquiera que sea la opción que elija (solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **es nuestra obligación tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?**Si es sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Tiene que ver con otra cosa?

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede **llamar al Departamento de Salud del Estado de New York** al 1-800-541-2831 (TTY: 711.)
- O puede **llamar a la Oficina para las Personas de la Tercera Edad del Estado de New York (Programa Ombudsman)** al 1-800-342-9871 (TTY: 711.)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos.

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede contactar a **Medicare.**

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Your 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 puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se encuentran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de cobertura para obtener información acerca de lo que está cubierto y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de seguro médico o medicamentos recetados adicional a nuestro plan, debe notificarnos.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Hágale saber a su médico y otros proveedores de servicios médicos que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores para que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y un seguimiento de su atención médica.**
 - Para que pueda obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes del tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas lleven a cabo sus labores sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
- Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a su ingreso más alto (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado para poder comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, es importante que lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1. Qué hacer si tiene un problema o queja

En este capítulo se explican los procesos para manejar problemas y dudas. El proceso que utiliza para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también llamadas reclamos.

Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

La **sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.2 Con respecto a los términos legales.
--

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no le resultan familiares a la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de comprender. Para decirlo de manera sencilla, este capítulo:

- Usa palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación a riesgo”, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones muy importante) que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarle a conocer cuáles términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, puede desear obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarlo con sus necesidades.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender cuál proceso debe seguir para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle asesoría sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para recibir asistencia. Para comunicarse con Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede recibir ayuda e información de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, aquí le presentamos maneras para obtener la información directamente de Medicaid:

- Puede llamar a la Línea de Ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY: 1-800-662-1220)
- Puede llamar a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678 (TTY: 1-800-662-1220)
- Puede contactarse con su Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS). Visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm para encontrar el de su área o, si vive en uno de los 5 distritos (ciudad de New York), comuníquese con la Administración de Recursos Humanos (HRA) llamando al (718) 557-1399.
- Puede visitar el sitio web de Medicaid https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
- Puede escribir a la oficina de Medicaid:

Medicaid Office
785 Atlantic Avenue, First floor
Brooklyn, NY 11238

Puede obtener ayuda e información de la Organización de Mejoramiento de la Calidad, Livanta

Debe comunicarse con Livanta si:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido;
- Considera que la cobertura de su estadía hospitalaria termina muy pronto; o
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Puede comunicarse con Livanta de las siguientes formas:

- Llame al: 1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289)
- Fax: 1-855-236-2423
- Visite: www.livantaqjo.com
- Escriba a:

Livanta BFCCO-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

Puede obtener ayuda e información del Programa Ombudsman del Estado de New York

Comuníquese con el Programa Ombudsman del Estado de New York si tiene preguntas sobre servicios y problemas de facturación, o si necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Puede comunicarse con el Programa del Ombudsman del Pueblo del Estado de New York de las siguientes formas:

- Llame al: 1-855-582-6769 (Disponible de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5:30 p. m.)
- Correo electrónico: ombudsman@aging.ny
- Visite: <https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program>
- Escriba a:

New York State Ombudsman Program
2 Empire State Plaza, 5th Floor
Albany, NY 12223

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y a la **mayoría** de sus beneficios de Medicaid. Para la mayoría

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de sus beneficios, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y sus beneficios de Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estos casos están descritos en la **sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si usted tiene un problema o duda, solo necesita leer las partes de este capítulo que conciernen a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Siga a la siguiente sección de este capítulo, **sección 5, “Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Salte a la **sección 11** que está al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente y otras inquietudes”**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Debe recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Este es el proceso que se utiliza para asuntos, tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la Evidencia de cobertura deja claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proveer atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

En determinadas circunstancias, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de rechazo de una solicitud se incluyen los casos en que la solicitud está incompleta, en que alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o en que usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso con los motivos del rechazo y los pasos para solicitar la revisión del rechazo.

Tomaremos una decisión de cobertura siempre que decidamos qué está cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que recibe un beneficio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de la decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos todas las normas adecuadamente. Luego de completar la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En determinadas circunstancias, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de rechazo de una solicitud se incluyen los casos en que la solicitud está incompleta, en que alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o en que usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso con los motivos del rechazo y los pasos para solicitar la revisión del rechazo.

Si denegamos la totalidad o parte de la apelación de Nivel 1 de atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por la Oficina de Audiencias Administrativas. No se relaciona con nosotros.

- Su caso se enviará automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. No es necesario que usted haga nada. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará por correo un aviso que confirmará que recibieron su apelación de Nivel 2.
- Consulte la **sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la sección 7 de este capítulo).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación (la sección 10 en este capítulo explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

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

- Puede **llamarnos a Servicios al Miembro**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.centersplan.com/map)
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro profesional de la salud pide que continúe durante su apelación un servicio o un artículo que ya está recibiendo, es **posible** que deba designar a su médico u otro profesional que le receta medicamentos para que actúe en su nombre.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico o quien le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es rechazada, su médico o el profesional que receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe 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 al Miembro y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.centersplan.com/map). El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar la solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que no lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se descartará. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso escrito en el que se le explicará su derecho a solicitarle a la Oficina de Audiencias Administrativas que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su abogado de confianza, conseguir el nombre de un abogado del Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles de su situación?**

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación cuenta con normas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles para cada una en una sección por separado:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (esta sección solo se aplica para estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios al Miembro. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas con la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En estos casos, explicaremos las diferentes entre las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere administrarle y usted considera que dicha atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
 3. Usted ha recibido atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
 4. Usted ha recibido y pagado atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse lo que pagó por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
 5. Se le comunica que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo (y que anteriormente aprobamos) se reducirá o cancelará, y usted considera que cancelar o reducir esta atención sería perjudicial para su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
- **Nota: Si la cobertura que será suspendida es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), necesita leer las secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.**

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama **“determinación de la organización integrada”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama **“determinación expedita”**.

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

Generalmente, una “decisión de cobertura estándar” se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una “decisión de cobertura rápida” se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya haya recibido).*
- *Solo puede recibir una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándares podrían *afectar gravemente su salud o alterar su capacidad para funcionar de forma normal.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su médico nos indica que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en vez de una decisión de cobertura rápida.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la **Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de 72 horas en el caso de que su solicitud sea de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si hace una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “**reconsideración integrada**”.

Una “apelación rápida” también es llamada “**reconsideración expedita**”.

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

Una “apelación estándar” por lo general se hace dentro de los 30 días o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una “apelación rápida” se hace por lo general dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidados que no ha recibido, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que el estado de su salud requiere una “apelación rápida”, nosotros se la daremos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se encuentran en la sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no lo entrega a tiempo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo de la tardanza al realizar la apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden brindar información adicional para apoyar su apelación.**

Si le dijimos que detendríamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita la apelación de Nivel 1 dentro de 10 días calendario siguientes a la fecha del sello postal de nuestra carta o en la fecha prevista de nuestra acción, la que sea posterior.
- Si cumple este plazo, usted puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está en curso. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo.
 - Si no le damos una respuesta dentro 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), automáticamente debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia sobre su caso y le informará por escrito la fecha y la hora de la audiencia cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación “estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes, si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluyendo quejas rápidas, consulte la **sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la cual la Oficina

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de Audiencias Administrativas realizará una audiencia sobre su caso. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los **30 días calendario**, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales. Enviaremos automáticamente su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la cual la Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia sobre su caso para determinar si concuerda con nuestra decisión.**
- Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

La Oficina de Audiencias Administrativas **es una organización independiente contratada por Medicare y Medicaid.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

Enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia sobre su caso y le informará la fecha y la hora. Puede solicitar reprogramar la fecha o la hora si es necesario.

Si cumplió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 144 para obtener más información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Proceso de apelación de Nivel 2:**Paso 1: Enviaremos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. La Oficina de Audiencias Administrativas tendrá una audiencia sobre su caso.**

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso” o “paquete de pruebas”. **Le enviaremos una copia gratuita de su paquete de pruebas.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la Oficina de Audiencias Administrativas para respaldar su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Durante la audiencia, el funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Administrativas analizará detenidamente toda la información relacionada con su apelación y los escuchará a usted y al personal de su plan acerca de su solicitud.

Si usted realizó una apelación “rápida” en el Nivel 1, PUEDE que también la tenga en el Nivel 2.

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes de recibir su apelación. En algunos casos, aunque haya tenido una apelación rápida en el Nivel 1, no recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Tendrá una apelación rápida si el uso de los plazos estándar podría causar *daños graves a su salud o dañar su capacidad de recuperar la función máxima*.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse más tiempo para la decisión.

Si usted realizó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 60 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse más tiempo para la decisión.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Administrativas le informará su decisión por escrito y explicará sus motivos.

- **Si la respuesta de la Oficina de Audiencias Administrativas es afirmativa en forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro del plazo de 1 día hábil**.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan en que su petición (o parte de ella) de cobertura por atención médica no debe ser aprobada.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta en la que:

- 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 alcanza cierto mínimo. En el aviso escrito que recibe de la Oficina de Audiencias Administrativas, se le informará el valor monetario que debe pagar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Pasos para presentar una apelación de nivel 3:
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2, debe decidir si desea proseguir con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare se encarga de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Si la decisión rechaza, de forma total o parcial, mi solicitud, ¿puedo hacer otra apelación?

Si la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas es negativa en forma total o parcial para lo que solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que recibe de la Oficina de Audiencias Administrativas describirá la próxima opción de apelación.

Consulte la **sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita el reembolso de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a recibir el reembolso de nuestro plan cuando ha pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es por

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

un servicio cubierto. También corroboraremos si siguió todas las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o un artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o un artículo de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Corroboraremos que la atención médica por la cual pagó corresponde a un servicio cubierto. También corroboraremos si siguió todas las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo dentro de 60 días calendario de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió las normas, no le enviaremos el pago. En vez de hacerlo, le enviaremos una carta donde le explicaremos en detalle que no efectuaremos el pago y las razones correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su petición, **puede presentar una apelación**. Si realiza una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que hicimos cuando rechazamos su petición de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la sección 6.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta que:

- Debemos darle una respuesta dentro de 30 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide que tenemos que pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

Sección 6.6	Apelaciones externas para Medicaid solamente
--------------------	---

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa **solamente para beneficios cubiertos por Medicaid**.

Usted puede solicitarle al Estado de New York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura para un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no era médicamente necesario, o

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- era experimental o en fase de investigación, o
- no era diferente de la atención que puede recibir en la red del plan, o
- estaba disponible de parte de un proveedor participante con la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se conoce como una apelación externa, porque los revisores que toman la decisión no trabajan para el plan de salud ni para el Estado. Estos revisores son personas calificadas autorizadas por el estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan, o bien ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de hacer su apelación al estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener la determinación adversa definitiva del plan; **o**
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación acelerada. (Su médico tendrá que decir que una apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación y pasar directamente a la apelación externa; **o**
- Usted puede demostrar que el plan no siguió correctamente las reglas al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** a partir de que reciba el Aviso de determinación adversa definitiva para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa dentro de un plazo de 4 meses de que hayan celebrado dicho acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, conteste una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa dice qué información necesitará.

Estas son algunas maneras de conseguir una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Llame al plan de salud al 1-833-274-5627 (TTY: 711)

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en un plazo de 30 días. Si el revisor de la apelación externa pide más información, puede que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le comunicará tanto a usted como al plan la decisión definitiva dentro de un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápido si su médico dice que un retraso afectaría gravemente su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 días o menos. El revisor les comunicará de inmediato la decisión, tanto a usted como al plan, por teléfono o fax. Posteriormente el revisor enviará una carta comunicándole la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York, llamando al 1-866-712-7197.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	En esta sección se explica qué hacer en caso de tener un problema para obtener medicamentos de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, se debe usar el medicamento para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Consulte el capítulo 5 para más obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada. Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general, decimos *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También utilizamos 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 las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es llamada “**determinación de cobertura**”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que se anule una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- El pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es llamado algunas veces solicitar una “**excepción al formulario**”.

Solicitar el retiro de una restricción sobre un medicamento cubierto es llamado en ocasiones “**excepción al formulario**”.

A la solicitud de pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se la llama solicitar una “**excepción de nivel**”.

Si el medicamento no está cubierto en la manera en la que usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico u otra persona que le recete medicamentos necesitará explicar las razones por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que le receta medicamentos debe darnos una declaración donde explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que le receta medicamentos cuando solicite una excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas diferentes posibilidades reciben el nombre de medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuese tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** le aprobaremos su petición de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para que realicemos una excepción, normalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término legal

A una “decisión de cobertura rápida” se le llama “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

Las “**Decisiones de cobertura estándar**” se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibimos el informe del médico. Las “**Decisiones de cobertura rápida**” se toman en el plazo de **24 horas** después de que recibimos el informe del médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida” Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar solicitando un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir que le devuelvan la decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya ha comprado).
- Apegarse a los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud, o alterar su capacidad para funcionar de forma normal*.
- **Si su médico u otro profesional que prescribe nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o profesional que recete) decidiremos si su salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que si su médico u otro profesional que recete requiere de una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en vez de una decisión de cobertura rápida. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través del sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes escritas, incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o representante pueden hacer esto. También puede optar por un abogado para que sea su representante. La sección 4 de este capítulo informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar la “declaración de respaldo”**, que son los fundamentos médicos para la excepción. Su médico o quien le recete medicamentos puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 24 horas siguientes** a la recepción de su apelación.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del informe de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre medicamentos que no ha recibido aún

- Debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre medicamentos que ya compró

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa preguntar de nuevo para poder obtener la cobertura del medicamento que desea. Si hace una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1
--------------------	---

Término legal
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “ redeterminación ”.
Una “apelación rápida” también se llama una “ redeterminación acelerada ”.

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

Una “apelación estándar” por lo general se hace dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” se hace por lo general dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le dé recetas necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al (1-833-274-5627).** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes escritas**, incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los 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 solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no lo entrega a tiempo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo de la tardanza al realizar la apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden brindar información adicional para apoyar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información sobre su petición de cobertura. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que le dé recetas para obtener más información.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Fechas límite para una apelación “estándar” sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión en 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Fechas 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** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere seguir con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación ingresará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se le llama “**IRE**” (**Indepent 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 decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que le recete medicamentos) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la nota escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "riesgo" según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de la recepción de su 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** desde la recepción de su apelación en caso de que sea por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su apelación.

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

- *Para “apelaciones rápidas”:*
 - **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a lo que solicitó**, debemos proveer la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- *Para “apelaciones estándar”:*
 - **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a su solicitud de cobertura**, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
 - **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a su solicitud de reembolso** por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviar el pago dentro de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación, significa que coinciden con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explicará su decisión.
- Para notificarle el derecho de una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura de medicamento que usted solicita

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

es demasiado bajo, usted no puede realizar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.

- Para informarle el valor monetario que debe disputar para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más adelante.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la Apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo le ofrece más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que se le otorga el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos del hospital que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. Le ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después de dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía mayor en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito en el que Medicare le explica sus derechos
--

Dentro de los dos días de su ingreso en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o el personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si tiene dudas. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a ser involucrado en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso de la fecha de su alta para que cubramos su atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso indica **únicamente** que recibió la información acerca de sus derechos. Este aviso no le informa su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve una copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
- Para consultar por anticipado una copia de esta notificación, puede llamar a Servicios al Miembro o 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. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitar la cobertura de servicios de hospitalización por un período más prolongado, necesitará seguir el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta corrobora si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para realizar su apelación, debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** usted puede permanecer en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar por ello** mientras espera obtener la decisión por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - Si **no** cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, **usted puede tener que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que seamos contactados, le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso indica su fecha de

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

alta planificada y se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos (médicamente apropiado) su alta para esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro o 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 leer una copia del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los analistas”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los analistas también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte donde se indicará su fecha programada de alta. Además, en este aviso se explica además en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos (médicamente apropiado) su alta para esa fecha.

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión la acepta, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión la rechaza, están diciendo que su fecha planificada de alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cesará al mediodía del día siguiente** al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta sobre su apelación.
- Si la organización responde negativamente y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar todos los costos** por la atención

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que ingresará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que existan limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión da una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea pasar al siguiente nivel de apelación, el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Qué sucede si se vence la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?
--------------------	--

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.
--

En ese caso, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente a fin de iniciar la apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debió dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que usted aún necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que indicamos que terminaría.
 - Si usted permaneció en el hospital **después** de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ” (Indepent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas de haberle informado que

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La **sección 11** de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan para sus servicios de hospitalización durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide entre aceptar la decisión o avanzar hacia una apelación de Nivel 3.
- La **sección 10** de este capítulo ofrece más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza muy pronto

Sección 9.1	Esta sección trata solo sobre tres servicios: Atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)
--------------------	--

Cuando usted está recibiendo **servicios de salud a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene derecho a continuar recibiendo cobertura de sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la misma sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Se nos requiere que le comuniquemos con anticipación cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar por su atención.*

Si usted considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos por adelantado cuando finalizará su cobertura
--------------------	--

Término legal

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le informa cómo puede solicitar una “apelación acelerada” . Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finalizar su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. El aviso le indica:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, *solo* se demuestra que usted ha recibido la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.3 Paso a Paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.
- **Actúe con rapidez:**
 - Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **hasta el mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el aviso de no cobertura de Medicare.
 - Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **sección 9.5** de este capítulo.

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

Término legal
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la suspensión de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y revisará la información entregada por nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros una **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, los analistas le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los analistas aprueban su apelación?

- Si los analistas aceptan su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los analistas la rechazan?

- Si los analistas la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo la atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) **después** de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total de esta atención** por su propia cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los analistas rechazan su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a Paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.

¿Qué ocurre si la organización revisora aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, la cual es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado litigante.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo ofrece más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5	Qué sucede si se vence la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En ese caso, puede apelar ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en el lapso de uno o dos días, como mucho). Si se le vence el plazo para comunicarse con la organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.
--

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos cuando finalizamos la cobertura por sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información relacionada a su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cubiertos, por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de la misma.
- Si usted continuara recibiendo la atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ” (Indepent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La **sección 11** de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación y que no la cambiará.
 - El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea proseguir con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es revisada por un juez administrativo o por un abogado litigante. La **sección 10** de este capítulo ofrece más información sobre el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1	Apelaciones de Nivel 3 y 4 para solicitudes de servicios médicos
---------------------	---

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO) le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa al Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN). El número telefónico es 1-844-614-8800.

Apelación de Nivel 3 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare 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 de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no***

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

haber finalizado. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibir la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, nosotros le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 4 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 4: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelaciones después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Medicaid adicionales

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid suele cubrir. La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un Abogado Litigante que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4.El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si usted decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelaciones después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿He esperado mucho a Servicios al Miembro u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o esperar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicitó que le brindemos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la rechazamos; puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos de decisiones de cobertura o apelaciones que haya hecho; puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolsos de ciertos servicios o artículos médicos o medicamentos aprobados; puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 **Cómo presentar una queja**

Términos legales

- Una “**queja**” también se conoce como “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también se conoce como “**hacer un reclamo**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se conoce como “**usar el proceso para hacer un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también se conoce como “**reclamo expedito**”.

Sección 11.3 **Paso a paso: Presentar una queja**

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si hay algo más que usted debe hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los miembros pueden presentar una queja en forma verbal o por escrito. Las quejas presentadas por escrito y sobre la calidad de la atención se responderán por escrito. Las quejas aceleradas se resolverán dentro de las 24 horas de recibida la queja por parte del plan. Las quejas estándar se resolverán dentro de los 30 días calendario de recibida la queja por parte del plan. Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos automáticamente una “queja rápida”, lo que significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato.** Puede presentar su queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de un período de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, le daremos automáticamente una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte de su queja, o con la totalidad de ella, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4	Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento 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 de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud, contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y, al mismo tiempo, ante nosotros.**

Sección 11.5	Usted también puede informarle a Medicare y a Medicaid sobre su queja
---------------------	--

Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Puede presentar una queja sobre Centers Plan for Medicaid Advantage Plus directamente a Medicaid (el Departamento de Salud del Estado de New York) al 1-866-712-7197.

CAPÍTULO 10:

Cancelar su membresía del plan

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo cancelar voluntariamente su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no toma la decisión de dejar el plan, pero nosotros nos vemos obligados a finalizar su membresía. La sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que su membresía finalice.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía con nuestro plan?

Sección 2.1	Usted quizás pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de los beneficiarios de Medicare solo pueden cancelar su membresía durante épocas específicas del año. Puesto que tiene Medicaid, quizás pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos especiales de inscripción:

- de enero a marzo;
- de abril a junio;
- de julio a septiembre.

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al siguiente período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este período especial de inscripción para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. La sección 2.2 contiene más información sobre el período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos de venta bajo receta
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre sus opciones de planes Medicaid (los números telefónicos se indican en el capítulo 2, sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía, por lo general, finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el **período de inscripción anual** (también conocido como “período de inscripción abierta anual”). Durante este período, evalúe su cobertura de salud y medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción anual** va desde el **15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre**.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando inicie la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3	Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción a un plan Medicare Advantage diferente o a la recepción de su solicitud de que desea cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período especial de inscripción
--------------------	--

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Se lo conoce como **período especial de inscripción**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se haya mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” con el pago de sus recetas de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si recibe asistencia en una institución, tal como un hogar de ancianos o en un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidados Integrales para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, quizá no pueda cambiar de plan. El capítulo 5, sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La sección 2.1 contiene más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** en función de su situación.
- **Para averiguar si es elegible para un período especial de inscripción**, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud con Medicare y su cobertura de medicamentos de venta bajo receta. Puede elegir:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

O

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática.

Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 contienen más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta con respecto a finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios al Miembro.**

- Encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2024*.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, se detendrá automáticamente su participación en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, se detendrá automáticamente su participación en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática. ○ Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Envíenos una solicitud por escrito para desafiliarse Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo. ● También puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ● Se le dará de baja de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de New York, comuníquese con la Asociación de Recursos Humanos (HRA) al 1-888-692-6116 (TTY: 711), de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. La HRA trabaja con los consumidores de Medicaid de la ciudad de New York. Si vive fuera de los cinco condados (fuera de la ciudad de New York), visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm para obtener la información de contacto de su Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS). Pregunte cómo puede afectar la forma en que recibe su cobertura de Medicaid del estado de New York si se une a otro plan o vuelve a Original Medicare.

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

Hasta que finalice su membresía en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

- **Siga utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o use el pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus debe terminar su membresía con el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en el capítulo 1, sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para ambos, Medicare y Medicaid. Si pierde su elegibilidad para Medicaid pero espera en forma razonable volver a obtenerla dentro de los 90 días (es decir, 3 meses) y puede brindar prueba de elegibilidad, usted sigue siendo elegible para la membresía en nuestro plan.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a la cárcel)
- Si no es más un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene una condición lícita en los Estados Unidos
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación

No discriminamos en función de la raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, 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 obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley para la Atención Médica Asequible y todas las otras leyes que apliquen para organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, tal como problemas de acceso con silla de ruedas, en Servicios al Miembro pueden ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en CFR 42, Secciones 422.108 y 423.462, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de CMS en las Subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42 y las reglas establecidas en esta sección, las cuales sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una institución que funciona exclusivamente con el fin de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya usted recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Periodo de beneficios: el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan inocuos como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Plan para Necesidades Especiales de Atención Crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coaseguro: Es un monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios y medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es presentar un reclamo formal. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas en caso de que su plan no respete los tiempos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): una instalación que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago (o pago conjunto): la cantidad que usted puede estar obligado a pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta médica, visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado es cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este manual.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros para la atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar ninguna multa, si después deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado supervisado: es un servicio personal prestado en un hogar de reposo, cuidados paliativos o en otras instalaciones cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidados de enfermería especializada. La atención supervisada, proporcionada por personas que no tienen experiencia o capacitación profesional, incluye la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención supervisada.

Tasa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tasa diaria de costo compartido cuando el médico le receta un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido entre el número de días con base en el suministro de un mes. Aquí se presenta un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es de \$30, y un mes de suministro en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliar o Desafiliación: el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan.

Tarifa de surtido: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtido de una receta; como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Planes para Necesidades Especiales de elegibilidad doble (D-SNP): D-SNP inscribe personas que tienen tanto derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y Declaración informativa: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recomendados a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o estatal para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona tan bien como un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo – Consulte “Reclamo integrado” abajo.

Asistencia de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidados paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos disponibles en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Hospitalización: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir los servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de los beneficiarios de Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de la gente no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que usted ha pagado y las que su plan ha pagado en su nombre a lo largo del año, lleguen a \$5,030.

Período de inscripción inicial: Al momento de cumplir con los requisitos para ser elegible para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que se inicia 3 meses antes de su cumpleaños 65, incluye el mes de su cumpleaños 65 y finaliza 3 meses después de cumplir 65.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de cuidado prolongado (LTC). Estas instalaciones pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan Institucional para Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) las instalaciones LTC específicas.

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando el mismo nivel estatal respectivo para la herramienta de evaluación de cuidado y debe ser administrado por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro contratado de vida asistida (*Assisted living facility*, ALF), si fuese necesario, para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Reclamo integrado: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo quejas acerca de la calidad de su atención. Esto no implica controversias sobre cobertura o pago.

Determinación integrada de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte el apartado “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de costos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados, no se cuentan como parte del monto máximo de costos de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este costo máximo de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o respaldado por cierta documentación de referencia.

Medicamento necesario: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un período establecido desde el 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción del plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses luego de que una persona es elegible para Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan Privado de tarifa por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv) un plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876 (h) de la Ley.

Programa de Descuentos en la Brecha de la Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos para los miembros con cobertura de la Parte D que alcanzaron la Etapa de transición de cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados 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 Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, Planes para Necesidades Especiales y los Programas de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare que compañías privadas de seguros venden para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona con Medicare que es elegible para obtener 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).

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que realiza un contrato con nuestro plan y donde nuestros miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se realizan en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización – Consulte determinación integrada de la organización.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare con una Tarifa por Cada Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedores fuera de la red o centros fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen o no se encuentran operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición anterior para costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo.

Plan PACE: un plan del Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles, que ayudan a las personas a permanecer independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto añadido a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare, si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más elevado cuando se reciben beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de bolsillo por servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa : aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, pero que no se limitan a: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral o parenteral.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden estar en el costo del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para suscribirse a un plan médico determinado. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede consultar, también suele ser el área donde puede obtener sus servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cuidados de un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como aquellas que tienen tanto Medicaid como Medicare, que residen en un hogar de reposo y que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

Servicios al Miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
LLAME AL	1-833-274-5627 Las llamadas a este número son gratuitas. Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los Servicios al Miembro también cuentan con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living, LLC 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304 Correo electrónico: MemberServices@centersplan.com
SITIO WEB	www.centersplan.com/map

Información de contacto del gestor de beneficios de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Proveedor	Servicios al Miembro – Información de contacto
Línea directa para casos de crisis de salud conductual	Carelon Behavioral Health 1-888-600-8241 (TTY:711) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Gestor de beneficios odontológicos	DentaQuest 1-844-824-2023 (TTY: 1-800-466-7566) De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Farmacia con servicio de pedido por correo	Birdi (también conocida como MedImpact Direct) 1-855-873-8739 (TTY: 711) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Sábados, de 9 a. m. a 5 p. m
Gestor de beneficios de farmacia	MedImpact 1-888-807-5717 (TTY: 711) De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado de New York/HIICAP

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos/HICAAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501 Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-andassistance-program-hiicap

Declaración de divulgación de la PRA: En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Para obtener más información o para inscribirse

Llame al 1-833-274-5627 (sin costo)

Los usuarios con TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/map