




**2022
EVIDENCE
OF COVERAGE**

 **MetroPlusHealth**



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP)

Este folleto le ofrece los detalles de su cobertura de salud y medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de salud y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

MetroPlusHealth Plan, Inc. ofrece este plan, MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a MetroPlusHealth Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)).

Este documento está disponible en español en forma gratuita.

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 1-866-986-0356 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 24 horas al día, 7 días a la semana.

ATENCIÓN: si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711).

También podemos brindarle la información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos a pedido.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H0423_MEM22_2602s_C Non-Marketing 10082021

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura 2022****Tabla de contenidos**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo. **Al principio de cada capítulo, encontrará una lista detallada de los temas.**

Capítulo 1. Iniciándose como miembro 4

Explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Informa sobre el material que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de membresía de su plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 21

Le informa cómo contactarse con nuestro plan (MetroPlus Advantage Plan [HMO-DSNP]) y con otras organizaciones, inclusive Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico del estado para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 43

Explica temas importantes que necesita saber sobre cómo recibir su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 61

Ofrece los detalles de qué tipo de atención médica está cubierta y *no* está cubierta para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como parte del costo de su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 123

Explica las reglas que debe seguir cuando recibe medicamentos de la Parte D. Informa cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para buscar qué medicamentos están cubiertos. Informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica diversos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica cómo surtirse de sus medicamentos recetados. Brinda información acerca de los programas sobre seguridad y manejo de medicamentos del plan.

Tabla de contenidos

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D	148
<p>Contiene información sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (<i>Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha en la Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica</i>) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos.</p>	
Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	167
<p>Contiene información sobre cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.</p>	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	175
<p>Explica los derechos y las responsabilidades que tiene usted como miembro de nuestro plan. Informa qué hacer si usted cree que sus derechos no están siendo respetados.</p>	
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	188
<p>Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelar si tiene problemas para recibir la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos que apliquemos excepciones de las reglas o restricciones extra en su cobertura de medicamentos recetados y que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto. • Explica cómo presentar reclamos acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes. 	
Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan.....	254
<p>Explica cuándo y cómo usted puede finalizar su membresía en el plan. Detalla las situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.</p>	
Capítulo 11. Avisos legales	265
<p>Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.</p>	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	279
<p>Explica los términos clave que se emplean en este folleto.</p>	

CAPÍTULO 1

Iniciándose como miembro

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted se ha inscrito en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), que es un Medicare Advantage Plan especializado (Special Needs Plan)	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Aquí está el área de servicios del plan para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	9
Sección 2.5	Ciudadano de los EE. UU. o condición migratoria lícita	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	10
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para recibir toda la atención cubierta y los medicamentos recetados	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía de todos los proveedores y las farmacias en la red del plan	11
Sección 3.3	<i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan.	12
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	13
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta su prima del plan?	13
Sección 4.2	Existen diversas formas en que puede pagar su prima del plan	15
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	16
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	17
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted	17
SECCIÓN 6	Nosotros protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	18
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	18

SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	18
Sección 7.1	¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted se ha inscrito en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), que es un Medicare Advantage Plan especializado (Special Needs Plan)
--------------------	--

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) es un Medicare Advantage Plan especializado (un “Special Needs Plan” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y también tienen derecho a asistencia de Medicaid.

Dado que recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), quizás no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede ofrecerle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que, en general, no son cubiertos por Medicare. Además, usted puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) le ayudará a gestionar todos estos beneficios para que reciba los servicios de atención médica y la ayuda de pago a los que tiene derecho.

MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, el Special Needs Plan de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle la cobertura de atención médica de Medicare, inclusive su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection

and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* le informa cómo hacer para que nuestro plan le cubra su atención médica y sus medicamentos recetados de Medicare cubiertos por nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP).

Es importante que conozca cuáles son las condiciones del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo incentivamos a que se tome un tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes o simplemente tiene una pregunta, llame a Servicios al Miembro de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted.

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que recibe de nosotros sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se denominan “anexos” o “modificaciones”.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicios diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de

Medicare como miembro de nuestro plan si elegimos continuar ofreciéndolo y Medicare renueva su aprobación.

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:

- Cuente con tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- --Y-- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.4 a continuación describe cuál es nuestra área de servicio).
- -- Y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté de forma legal en los Estados Unidos.
- -- Y -- reúna los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos de servicios médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y para los beneficios completos de Medicaid, o debe ser elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que volverá a tenerla dentro de un plazo de 3 meses, aún será elegible para ser miembro de nuestro plan (el capítulo 4, sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante el período de presunta continuación de elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare en general ayuda a cubrir servicios provistos por hospitales (servicios para pacientes hospitalizados, servicios de centros de enfermería especializada o de agencias de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (tales como servicios de médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios ambulatorios) y para determinados artículos (tales como equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos de servicios médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingreso y recursos, quién califica, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administran su programa, siempre y cuando se rijan por los reglamentos federales.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (por sus siglas en inglés, "QI"):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Personas discapacitadas calificadas y trabajadoras (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A
- **Elegibilidad doble con beneficio completo (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B, en algunos casos las primas de la Parte A de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.4 Aquí está el área de servicios del plan para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)

Si bien Medicare es un programa federal, MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) está disponible para personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicios de nuestro plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de Nueva York: El Bronx, Kings (Brooklyn), Queens, Richmond (Staten Island) y Nueva York (Manhattan).

Si tiene planeado mudarse del área de servicios, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Cuando se mude, contará con un Período Especial de Inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o

inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano de los EE. UU. o condición migratoria lícita

Los miembros de un plan de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o tener una condición migratoria lícita en los EE. UU. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) debe cancelar su afiliación si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para recibir toda la atención cubierta y los medicamentos recetados

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí le mostramos una tarjeta de membresía de muestra para que tenga una idea de cómo lucirá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de MetroPlus Advantage Plan (HMO), es posible que usted deba pagar todo el costo de los servicios médicos. Conserve 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 de rutina.

Esto es muy importante por las siguientes razones: Si recibe servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar usted todo el costo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, la extravía o se la roban, llame a Servicios al Miembro inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Dado que usted es elegible para Medicaid además de ser miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), debe llevar su tarjeta de identificación de Medicaid a todas sus citas médicas. La evaluación ayudará a garantizar que su atención está cubierta apropiadamente.

Sección 3.2	El Directorio de proveedores y farmacias: su guía de todos los proveedores y las farmacias en la red del plan
--------------------	--

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero. Puede encontrar proveedores de Medicaid participantes en nuestro directorio de Medicaid, que se encuentra en nuestro sitio web en www.metroplus.org.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los proveedores de equipo médico duradero, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y todos los costos compartidos del plan como un pago total. Hemos convenido que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, www.metroplusmedicare.org.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Es importante saber quiénes son los proveedores participantes de Medicaid. Debe acudir a los proveedores de Medicaid para obtener servicios de Medicaid.

Si no tiene una copia del Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitarla en Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede solicitar a Servicios al Miembro más información acerca de nuestros proveedores de la red, lo que incluye sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en

www.metroplusmedicare.org, o descargarlo desde este sitio web. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web le pueden proporcionar la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir prescripciones cubiertas para nuestros miembros.

¿Por qué necesita conocer las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desea utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. Nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org tiene el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar el envío por correo del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2022* para consultar qué farmacias hay en nuestra red.**

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla en Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede comunicarse en cualquier momento con Servicios al Miembro para recibir información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede obtener esta información en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.

Sección 3.3	<i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.</i>
--------------------	--

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D, que forma parte de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP).

La Lista de Medicamentos también le indica si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos cuando la solicite. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.metroplusmedicare.org) o llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 3.4 La Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros hemos gastado por sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se usó el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como por ejemplo los aumentos en sus precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Es conveniente que consulte con el profesional que expide la receta sobre estas opciones de menor costo. El capítulo 6 (*Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) proporciona más información acerca de la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible si usted la solicita. Para recibir una copia, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) es **\$42.40**. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que se la pague Medicaid u otro tercero).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser menos

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Entre estos programas se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. Para obtener más información acerca de estos programas, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

Si usted recibe ayuda de uno de estos programas, **la información en esta Evidencia de cobertura sobre las primas puede no aplicar en su caso**. Le enviamos un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos

ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este anexo, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más que el monto enumerado anteriormente en la sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D porque no se unieron a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que se volvió elegible o porque existió un plazo de 63 días consecutivos o más en el que estuvieron sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la parte D se agrega a su prima mensual del plan. Su monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía de la parte D.
 - Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si está sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 63 días seguidos o más.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- 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, porque tenían un ingreso bruto ajustado modificado por encima de cierto monto en su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO DSNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ello de manera automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para permanecer como miembro de nuestro plan.

- Si sus ingresos brutos ajustados reportados en su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años son superiores a cierto monto, deberá pagar el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido por sus siglas en inglés como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Si usted debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál es ese monto adicional. Si sufrió un evento que cambió su vida y causó la disminución de sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si se le exige pagar el monto adicional y usted no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y Usted 2022* brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2022”. Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2022* cada año en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro de un mes desde su inscripción. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa 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.

Sección 4.2 Existen diversas formas en que puede pagar su prima del plan

Hay dos formas en que puede pagar su prima del plan. Los miembros seleccionan su opción de pago de la prima en la solicitud al momento de la inscripción. Para cambiar la forma en que paga su prima, llame a Servicios al Miembro.

Si decide cambiar el modo en que paga su prima, puede llevar hasta tres meses para que su nueva forma de pago entre en vigor. Mientras nosotros procesamos su solicitud de nueva forma de pago, es su responsabilidad asegurarse de que su prima se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Usted puede decidir pagar su prima directamente a nuestro plan con un cheque o una orden de pago. Recibirá una factura de nuestro plan cada mes. Efectúe el pago a la orden de “MetroPlusHealth Plan”. No haga su cheque u orden de pago a favor de “CMS” ni de “HHS”.

Los pagos se deben enviar a:
MetroPlus Health Plan
PO Box 30327
New York, NY 10087

El pago total debe ingresar a más tardar a fines del mes en que recibe la factura. Por ejemplo, su prima mensual de enero vence el 31 de enero.

Opción 2: Usted puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social.

Usted puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese Servicios al Miembro para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de este modo. Lo ayudaremos a coordinarlo con gusto. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan vence en nuestra oficina el último día del mes. Si no hemos recibido su prima a más tardar el último día del mes, le enviaremos un aviso de que su membresía del plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de los 90 días.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios al Miembro para ver si podemos derivarlo con programas que le ayuden con su prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima del plan, tendrá cobertura de salud con Original Medicare. Mientras esté recibiendo “Ayuda Adicional” para los sus costos de medicamentos recetados, seguirá teniendo cobertura de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Al momento en que finalizamos su membresía, es posible que aún nos deba las primas que no pagó. Tenemos derecho a intentar cobrar las primas que nos deba. En el futuro, si quiere volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que finalizamos su membresía injustamente, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante un reclamo. El Capítulo 9, Sección 11 de este folleto indica cómo presentar un reclamo. Si tuvo una emergencia fuera de su control y esto causó que no pudiera pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-986-0356, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio tendrá efecto el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted
--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, inclusive su dirección y número telefónico. Indica su cobertura específica del plan, inclusive su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué 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 de nombre, dirección o número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como la que le suministra su empleador, el empleador de su cónyuge o su compensación laboral o Medicaid).
- Si usted tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito.
- Si ha sido ingresado en un hogar reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su persona responsable designada (tal como un cuidador).
- Si es parte de algún estudio de investigación clínica.

Si cualquiera de estos datos cambia, avísenos llamando a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

También puede comunicarse con la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) directamente para informar cambios en los ingresos al programa Medicaid del estado de Nueva York.

Human Resources Administration
505 Clermont Avenue
Brooklyn, NY 11238
Línea de Información General: 718-557-1399

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Medicare nos exige que le solicitemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. El motivo es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. (Para más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la sección 7 de este capítulo).

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 atentamente esta información. 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 (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 6 Nosotros protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida
--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud, según lo exigen esas leyes.

Para obtener más información acerca de la manera en que protegemos su información personal de salud, consulte la sección 1.3 del capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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 principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura médica grupal del empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal se basa en su trabajo actual o en el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si tiene o no Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted o su familiar aún trabaja, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero por los primeros 30 meses después de que se volvió elegible para Medicare.

En general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada uno:

- Seguro independiente de la culpabilidad (inclusive el seguro del automóvil)
- Responsabilidad (inclusive el seguro del automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación a trabajadores

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

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). 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.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Servicios al Miembro del plan)	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	30
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (ayuda, información y consultas gratuitas para sus inquietudes sobre Medicare)	32
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para que verifiquen la calidad de la atención brindada a la gente con Medicare)	33
SECCIÓN 5	Seguro Social	34
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los costos de servicios médicos).....	35
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a personas a pagar sus medicamentos recetados	37
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	40

SECCIÓN 1 Contactos de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo** **contactarse con Servicios al Miembro del plan)**

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para recibir asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). Le ayudaremos con gusto.

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación de idioma gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-5196
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura 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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-4401
ESCRIBA A	MetroPlusHealth Plan Gestión de la Utilización 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-8824
ESCRIBA A	Correo regular: MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Entrega en persona: MetroPlusHealth Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre su atención médica

Usted puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de los proveedores de la red, inclusive sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no implica controversias sobre cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-5196
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar un reclamo sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-693-4615 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark c/o MetroPlus Health Plan P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-693-4615 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark c/o MetroPlus Health Plan P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar un reclamo sobre nosotros o una de las farmacias de la red, inclusive sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no implica controversias sobre cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-3011
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar un reclamo sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para el pago de nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que ha recibido.

Para más información sobre las situaciones en que usted puede necesitar solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Solicitud de pago – Facturas médicas de la Parte C – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-5196
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Método	Solicitud de pago, facturas de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-693-4615 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Contiene información actualizada y temas actuales sobre Medicare. De igual manera, contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye manuales que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare para su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <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 ofrecen un <i>estimado</i> de cuánto podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	Usted puede también utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre todo reclamo que tenga sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP): <ul style="list-style-type: none">• Comuníquese a Medicare sobre su reclamo: Usted puede presentar un reclamo sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Medicare toma sus reclamos muy en serio y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si no dispone de una computadora, puede utilizar las computadoras de su biblioteca local o del centro de atención para adultos para acceder a este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos le buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

(ayuda, información y consultas gratuitas para sus inquietudes 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 todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling, and Assistance Program, HIICAP).

HIICAP es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local gratuita sobre seguros médicos para las personas que tienen cobertura de Medicare.

Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del programa HIICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y recursos) en la derecha del menú de la parte superior.
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Teléfonos y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones.
 - Opción n.º 1: Puede tener un chat en línea (**live chat**).
 - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los temas del menú de la parte inferior (**TOPICS**).
 - Opción n.º 3: Puede seleccionar su estado (**STATE**) del menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con teléfonos y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBA A	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	https://www.nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para que verifiquen la calidad de la atención brindada a la gente con Medicare)

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

Livanta es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Piensa que la cobertura para su hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta (la Organización de Mejoramiento de la Calidad de Nueva 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 equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos de los EE. UU. y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o aquellas personas que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan determinadas condiciones son elegibles para obtener cobertura de Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso mayor. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le informaba que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre los montos o si sus ingresos disminuyeron porque tuvo un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar la redeterminación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal.

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 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar el servicio telefónico automático del Seguro Social para recibir información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.

Método	Seguro Social - Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los costos de servicios médicos)

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

- **Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que califica (por sus siglas en inglés, "QI"):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Personas discapacitadas calificadas y trabajadoras (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A
- **Elegibilidad doble con beneficio completo (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare, en algunos casos las primas de la Parte A de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Para obtener asistencia adicional, la Oficina para Adultos Mayores del Estado (State Office for the Aging, SOFA) emplea a un ombudsman en cada condado del Estado de Nueva York. Un ombudsman es un defensor de los residentes de hogares de reposo, centros de internación prolongada y vida asistida. El ombudsman puede proporcionar información sobre cómo

encontrar un centro y qué hacer para recibir atención de calidad. También puede brindar asistencia con reclamos.

Llame a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) al 1-844-614-8800 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. o visítela en línea en www.icannys.org.

Método	Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York – Información de contacto
LLAME AL	Línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la ciudad de Nueva York: 1-888-692-6116 o 1-718-557-1399 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
SITIO WEB	https://www1.nyc.gov/assets/home/html/accessnyc/html/contact

La Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con el servicio o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York (New York State Office for the Aging, NYSOFA) – Información de contacto
LLAME AL	1-844-697-6321
ESCRIBA A	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
SITIO WEB	https://aging.ny.gov

La Oficina del Estado de Nueva York del programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo ayuda a personas a obtener información sobre hogares de reposo y a resolver problemas entre hogares de reposo y residentes y sus familias.

Método	Oficina del Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York – Información de contacto
LLAME AL	1-855-582-6769
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican para “Ayuda Adicional” y ya la están recibiendo de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados.

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Los que califican reciben ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos de cualquiera de los planes de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus costos de desembolso.

Algunas personas califican automáticamente para “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía por correo una carta a las personas que califican automáticamente para “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre el programa “Ayuda Adicional”, llame al:

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

Si cree que califica para “Ayuda Adicional” y que paga un monto incorrecto de costos compartidos cuando compra sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite o bien solicitar asistencia para obtener constancia de su nivel de copago correcto o bien, si ya tiene la constancia, presentárnosla.

- Para solicitar asistencia para obtener la mejor constancia disponible o información sobre cómo enviarla a MetroPlus, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este folleto).
- Cuando recibamos la constancia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando lleve su próxima receta a la farmacia. Si paga sus copagos en exceso, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque con el monto que pagó en exceso o bien lo compensaremos con futuros copagos. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y lo considera una deuda, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si tiene consultas (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Si usted está inscrito en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea Ayuda Adicional), igual recibirá el 70% de descuento sobre medicamentos de marca cubiertos. El plan también paga el 5% de los costos de medicamentos de marca en la brecha en la 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 usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para 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 para Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a personas elegibles para el ADAP con VIH/SIDA a que tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través de los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro de ADAP. Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de su residencia en el estado y de su condición respecto del VIH y constancias de bajos ingresos, según lo definido por el estado, y de que no tienen seguro o tienen un seguro limitado.

Si usted ya está inscrito en un ADAP, el programa puede seguir ayudándole con los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del programa ADAP. Con el fin de asegurarse de que siga recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripciones del programa ADAP de todo cambio que realice en su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza. Puede comunicarse con los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (HIV Uninsured Care Programs, ADAP) al 1-800-542-2437, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, póngase en contacto con los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro, ADAP, al teléfono 1-800-542-2437.

¿Qué sucede si usted obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuentos de la Brecha en la Cobertura de Medicare no le corresponde. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha en la cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y cree que debería?

Si cree que ha alcanzado la brecha en la cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su siguiente aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, puede apelar. Puede recibir ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (los números telefónicos están en la sección 3 de este capítulo) o 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.

Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados en base a su necesidad financiera, su edad, su afección médica y sus discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas que ofrecen cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Nueva York, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado se llama Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (ElderlyPharmaceuticalInsuranceCoverage, EPIC).

Método	Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva 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 equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: nysdohepic@magellanhealth.com
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para 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 tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que avise si se muda o cambia su domicilio postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Si marca “1”, puede conectarse con la línea de ayuda automatizada de la RRB y escuchar información grabada las 24 horas del día, inclusive los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para sus servicios médicos y otros
servicios cubiertos*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Temas que necesita saber sobre cómo recibir su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	45
Sección 1.1	¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?	45
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	45
SECCIÓN 2	Utilice proveedores que se encuentren en la red del plan para recibir atención médica y otros servicios	47
Sección 2.1	Usted debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) para que le preste y monitoree su atención médica.....	47
Sección 2.2	¿Qué clase de atención médica y otros servicios puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?	48
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	49
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	50
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante un desastre.....	51
Sección 3.1	Cómo recibir asistencia si usted tiene una emergencia médica.....	51
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente	52
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	53
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de los servicios cubiertos?	53
Sección 4.1	Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.	53
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?	53
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está participando de un “estudio de investigación clínica”?	54
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	54
Sección 5.2	Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué cosa?	55

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención médica cubierta en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”	56
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?	56
Sección 6.2	Cómo recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	57
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad del equipo médico duradero	58
Sección 7.1	¿Será usted el propietario del equipo médico duradero luego de realizar determinada cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?	58
SECCIÓN 8	Reglas para equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento	59
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	59
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	59
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?	59

SECCIÓN 1 Temas que necesita saber sobre cómo recibir su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para recibir su atención médica y otros servicios cubiertos. Da definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubierta por el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando la recibe, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [qué está cubierto y qué paga usted]*).

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

Aquí presentamos algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo recibir la atención y los servicios como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y sus montos de costos compartidos como un pago total. Hemos convenido que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta un proveedor de la red, usted no paga nada, o paga solo su parte de los costos por los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluye la totalidad de la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos están enumerados en el cuadro de beneficios del capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--

Por ser un plan de salud de Medicare, MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte el capítulo 4).

MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) en general cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- **Tenga un Proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde atención médica y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para más información sobre esto, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayor parte de las situaciones, su PCP de la red debe dar su aprobación antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina recibir una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios de necesidad urgente. 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 mayor parte de los casos, la atención que recibe de proveedores fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red del plan) no estará cubierta. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de necesidad urgente que proporciona un proveedor que no se encuentra en la red. Para obtener más información sobre este tema y para consultar qué significan servicios de emergencia o de necesidad urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, puede atenderse con un proveedor que no se encuentre en la red. Debe obtener la autorización de MetroPlusHealth Plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si hubiese recibido la atención por parte de 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 encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores que se encuentren en la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Usted debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) para que le preste y monitoree su atención médica
--------------------	---

¿Qué es un “PCP” y para qué le es útil?

Cuando usted se inscribe como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico o un enfermero especializado que cumple los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Tal como explicamos más adelante, usted recibirá su atención básica o de rutina de un PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que usted vea a un especialista, en general debe consultar primero a su PCP. Su PCP lo remitirá a un especialista. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan.

Estos incluyen, entre otros:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Tratamientos
- Atención de médicos especialistas
- Ingresos al hospital
- Atención de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye controlar su atención con otros proveedores del plan y realizar consultas sobre cómo se desarrolla. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP. En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá solicitar que se envíe su historial médico al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Quizá ya haya elegido a su PCP para que sea su médico regular. Esta persona podría ser un médico o un enfermero especializado. Usted puede elegir a su PCP usando nuestro Directorio de proveedores y farmacias que enumera la dirección, el teléfono y la especialidad de los médicos. Debe llamar al consultorio de su PCP para asegurarse de que admite nuevos pacientes. Una vez

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

que elige a un PCP, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al Miembro para que podamos actualizar nuestro registro. Si aún no ha elegido a un PCP, debe hacerlo de inmediato. Si no elige a un PCP dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que se inscribió como miembro de nuestro plan, elegiremos a uno por usted.

Cambio de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP.

Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro y le ayudaremos a elegir un nuevo PCP. Si nos llama para cambiar su PCP antes del día 15 del mes, el cambio de PCP tendrá efecto a partir del primer día de ese mes. Si nos llama después del día 15 del mes, el cambio de PCP tendrá efecto el primer día del mes siguiente.

Si su PCP abandona nuestra red, usted podrá seguir viéndolo por un período de transición (90 días). Usted o su PCP debe comunicarse con Servicios al Miembro antes de coordinarlo.

Sección 2.2	¿Qué clase de atención médica y otros servicios puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?
--------------------	--

Usted puede recibir los siguientes servicios sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención de rutina de salud para la mujer, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los efectúe con 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 que brinden proveedores que se encuentran dentro o fuera de la red.
- Servicios de necesidad urgente de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan
- 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. (Si es posible, póngase en contacto con Servicios al Miembro antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a recibir diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 2.3	Cómo recibir atención 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. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Hay algunos servicios médicos que requieren permiso de MetroPlusHealth Plan para que el plan pague por ellos. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización o aprobación previa. En general, el proveedor de atención médica que solicita el servicio coordinará la obtención de la autorización previa del plan. A fin de aprobar la solicitud, el proveedor de atención médica proporcionará al plan la información médica pertinente para explicar por qué usted necesita el servicio solicitado. En una emergencia, el médico/hospital debe notificarnos lo antes posible. Brevemente, los siguientes servicios requieren autorización previa del plan:

- Todos los servicios de proveedores fuera de la red, inclusive médicos, hospitales, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores fuera de la red.
- Todas las admisiones como paciente hospitalizado (admisiones médicas, quirúrgicas, de rehabilitación aguda, de rehabilitación intermedia, en centros de enfermería especializada, por drogadicción o alcoholismo o psiquiátricas).
- Las admisiones planificadas o electivas deben ser autorizadas a más tardar 7 días antes de la fecha anticipada de admisión.
- Todo el equipo médico duradero debe ser autorizado previamente. En este caso, el médico que solicita el equipo o la compañía que lo suministra deberán obtener la autorización previa.
- Todos los servicios de atención en el hogar cubiertos por el plan también deben tener autorización previa. Aquí también el proveedor de atención médica que solicita estos servicios, en general, obtendrá la autorización previa. A veces, la agencia que provee los servicios de atención en el hogar obtendrá la autorización previa.
- Los procedimientos de radiología especiales, tales como tomografías computarizadas (TC) para pacientes ambulatorios, tomografías TEP (tomografías por emisión de positrones), IRM (imagen por resonancia magnética) u otras pruebas de radiología de alta tecnología también deben recibir la autorización previa de nuestro proveedor de radiología. El médico/proveedor que solicita los servicios debe comunicarse con nuestro proveedor de radiología para más información.

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Una vez que MetroPlusHealth Plan recibe una solicitud de autorización previa, uno de los Directores Médicos del plan revisará la solicitud para determinar si el servicio solicitado es médicamente necesario y si constituye un beneficio cubierto. En algunos casos, tales como las pruebas de radiología especiales enumeradas anteriormente, MetroPlus hará que un médico externo especial revise la solicitud y tome una decisión sobre la prueba.

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

A lo largo del año, podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista deja de formar parte de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor abandona nuestro plan de modo que tenga tiempo para seleccionar otro proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le brindamos un proveedor calificado que reemplace su proveedor anterior, o que no se está manejando su atención de manera adecuada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para manejar su atención.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Si no hay ningún especialista en MetroPlusHealth Plan que pueda ofrecerle la atención que usted necesita, se la conseguiremos de un especialista que no pertenezca a la red. Antes de que pueda consultar al especialista, su médico debe solicitar una autorización previa a MetroPlus.

Para obtener la autorización previa, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda esta información, tomaremos una decisión dentro de los 14 días

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

calendario a partir de la fecha de su solicitud respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el plazo de 72 horas.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir asistencia si usted tiene una emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?

“**Emergencia médica**” se refiere a una situación en la que usted, o cualquier otra persona legamente prudente que posea un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que, debido a los síntomas médicos que presenta, requiere atención médica inmediata para evitar su fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener aprobación ni una remisión de su PCP.
- **Asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Nosotros necesitamos hacer seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas. Los números de teléfono están en la contratapa de este folleto.

¿Qué servicios cubrimos en caso de una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para más información, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos que le brindan la atención de emergencia para ayudar a gestionarla y para realizar su seguimiento. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y la emergencia médica haya pasado.

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Luego de finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección 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, es posible que usted busque atención de emergencia, y piense que su salud está en grave peligro, y el médico diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no era una emergencia, siempre y cuando haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención médica.

Sin embargo, luego de que el médico confirme que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe en una de las siguientes dos maneras:

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

Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente
--------------------	---

¿Qué son los “servicios de necesidad urgente”?

Los “servicios de necesidad urgente” se prestan para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas inesperadas que requieren atención médica inmediata. Los servicios de necesidad urgente pueden brindarse a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. Una afección inesperada podría ser, por ejemplo, una reactivación imprevista de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué ocurre si se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe intentar recibir servicios de necesidad urgente de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede acceder a ellos en forma temporal y no es razonable esperar a recibir atención de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de necesidad urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios de necesidad urgente, puede visitar un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia participantes en su Directorio de

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

proveedores y farmacias o en nuestro sitio web. También puede comunicarse con su PCP o con Servicios al Miembro para recibir ayuda con la coordinación de la atención.

¿Qué ocurre si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de necesidad urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente ni ningún otro servicio que reciba fuera de Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Sociales 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 de su plan.

Visite el sitio web www.metroplusmedicare.org para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede atenderse con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido de un proveedor 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 Usted puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.

Si ha pagado más que su parte de los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para más información sobre qué debe hacer.

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

MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios están enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

del plan (el cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y que se reciben conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se recibieron de parte de proveedores que no se encuentran en la red y no fueron autorizados. Antes de pagar el costo del servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por el Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que está considerando solicitar, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a preguntarnos por escrito. Si respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión de cobertura de nosotros o quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios al Miembro para más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos con beneficios limitados, debe pagar el costo total de los servicios que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. En el caso de todos los servicios cubiertos por Medicare, los costos de desembolso personal que pague por estos beneficios después de haber alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de desembolso personal anual. Usted puede llamar a Servicios al Miembro cuando quiera saber cuánto de su beneficio ya ha usado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “estudio clínico”) es la manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan eficaz es un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando voluntarios para ayudar con el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para miembros de nuestro plan. Medicare primero necesita aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Una vez que Medicare aprueba el estudio, algún empleado del estudio se comunicará con usted para explicarle más detalles sobre él y para ver si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla sus requisitos y comprenda y acepte por completo sus implicancias si participa de él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no se relaciona 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 suministran su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de los proveedores de la red de nuestro plan.

Si bien usted no necesita obtener la autorización del plan para participar en un estudio clínico, **sí debe notificarnos antes de comenzar a participar de un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar de un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarles que participará de un estudio clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

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

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

- Habitación y comidas en un hospital que Medicare pagaría, aunque usted no formara parte del estudio
- Una cirugía u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención

Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto quiere decir que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Aquí presentamos un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: digamos que, como parte de un estudio de investigación, debe realizar una prueba de laboratorio que cuesta \$100. También, que su parte de los costos correspondientes a esta prueba es de

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

\$20 bajo Original Medicare, pero que sería de \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En ese caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, es decir, el mismo monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Además, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de Medicare u otra documentación que detalle qué servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe pagar. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Si usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes costos:**

- En general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se encuentra bajo estudio, a menos que Medicare se haga cargo de dicho artículo o servicio, aunque usted *no* forme parte de un estudio.
- Artículos o servicios que el estudio le otorga gratis a usted o a cualquier participante
- Artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos, y que no se relacionen directamente con el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría por tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría la realización de una única tomografía.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención médica 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 lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, nosotros cubriremos su atención en una institución religiosa no médica

Capítulo 3. Cómo utilizar la **cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

para el cuidado de la salud. Puede elegir recibir atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio es únicamente para los servicios de la Parte A para pacientes hospitalizados (servicios no médicos para el cuidado de salud). Medicare solo pagará por los servicios no médicos para el cuidado de la salud prestados en instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud.

Sección 6.2	Cómo recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud
--------------------	---

Para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, usted deberá firmar un documento legal que indique que usted se opone a consciencia a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es *voluntario* y *no es requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *no* voluntario y *es requerido* bajo la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que preste la atención médica deberá estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios por parte de esta institución en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted deberá tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada.
 - –Y– es indispensable obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar a la institución o su hospitalización no será cubierta.

Nuestro plan no cubrirá su estadía en la institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, a menos que obtenga autorización (aprobación) previa por parte de nuestro plan. La cobertura para estadías aprobadas en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud será la misma que para la Atención hospitalaria para paciente hospitalizado (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el capítulo 4 para obtener más información).

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted el propietario del equipo médico duradero luego de realizar determinada cantidad de pagos de acuerdo con 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. El miembro siempre posee determinados artículos, tales como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que deben alquilarse.

En Original Medicare, aquellos que alquilan ciertos tipos de DME terminan siendo propietarios de estos luego de realizar copagos por el artículo durante 13 meses. No obstante, como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), en general, usted no será propietario de los artículos de equipo médico duradero, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Comuníquese con Servicios al Miembro (los teléfonos figuran en la contratapa de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué ocurre con los pagos que realice en concepto de equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si no llegó a ser propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos luego de cambiar a Original Medicare para poder adquirir el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo la cobertura de Original Medicare *antes* de incorporarse a nuestro plan, los pagos previos tampoco cuentan como parte de los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos luego de regresar a Original Medicare para poder adquirir el artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), el plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si cancela su inscripción en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coaseguro del 0% o 20% cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP).

Si antes de inscribirse en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) había realizado 36 pagos mensuales en concepto de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) será un coaseguro del 0% o 20% cada mes.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, comienza entonces un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó por el alquiler de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), se une a MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted).

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Comprender los costos de desembolso personal en concepto de servicios cubiertos.....	62
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos	62
Sección 1.2	¿Cuál es el deducible de su plan?	62
Sección 1.3	Nuestro plan también cuenta con un deducible por separado para determinados tipos de servicios.....	63
Sección 1.4	¿Cuál es el monto máximo que debe pagar por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare?	63
Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”	64
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para saber qué servicios están cubiertos y cuánto debe pagar.....	65
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	65
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)?.....	111
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)	111
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre el plan?	119
Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones)	119

SECCIÓN 1 Comprender los costos de desembolso personal en concepto de servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y qué debe pagar usted por estos servicios. Incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). Más adelante en el capítulo, encontrará información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos
--

Para comprender la información de pago que le presentamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos de desembolso que es posible que pague por sus servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es la cantidad que debe pagar en concepto de servicios médicos antes de que nuestro plan pague su parte. (En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible de su plan). (En la Sección 1.3, encontrará más información sobre su deducible para determinadas categorías de servicios).
- Un **“copago”** es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la sección 2 contiene más información sobre sus coaseguros).

Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla las reglas del plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir atención).

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es \$0 o \$233, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Este es el monto que debe pagar como desembolso personal antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Hasta que no haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, empezaremos a pagar nuestra parte de los costos por sus servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su monto del copago o coaseguro) durante el resto del año calendario.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios preventivos cubiertos por Medicare.
- Servicios de emergencia
- Servicios de necesidad urgente

Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.3 Nuestro plan también cuenta con un deducible por separado para determinados tipos de servicios

Además del deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también contamos con un deducible para determinados tipos de servicios.

El plan cuenta con un monto de deducible para los siguientes tipos de servicios:

- Nuestro monto de deducible para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados es de \$1,556 por período de beneficios. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo completo de Atención como paciente hospitalizado. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (el copago) por cada período de beneficios.
- Nuestro monto de deducible para atención de salud mental para pacientes hospitalizados es de \$1,556 por período de beneficios. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo completo de la Atención de salud mental para pacientes hospitalizados. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (el copago) por cada período de beneficios.

Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que debe pagar por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare?

Nota: Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso. Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos.

Dado que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite al monto de desembolso personal anual en concepto de servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte

B de Medicare (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal por servicios médicos.

Como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), el monto máximo de desembolso personal que deberá pagar por los servicios de la Parte A y de la Parte B en 2022 es de \$7,550. Los montos por pagar en concepto de deducibles, copagos y coaseguros por los servicios cubiertos cuentan como parte de este monto máximo de desembolso personal. (Los montos que paga en concepto de primas del plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan como parte del monto máximo de desembolso personal). Si alcanza el monto máximo de desembolso personal de \$7,550, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), una importante protección para usted es que luego de abonar los deducibles, solo debe pagar el monto correspondiente a costos compartidos al recibir los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca pague más que su monto de costos compartidos) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos que lo que cobra el proveedor por un servicio y si surge una controversia y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación presentamos cómo funciona la protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto específico en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto ofrecido por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca deberá pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor consulte:
 - Si usted recibe servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determina el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si usted recibe servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red, que participa de Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Tenga en cuenta que el plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted recibe una remisión).
 - Si usted recibe servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Tenga en cuenta

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

que el plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted recibe una remisión).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Este es el caso incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para saber qué servicios están cubiertos y cuánto debe pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) y qué montos de desembolso personal debe pagar por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus artículos y servicios (incluso atención médica, servicios, suministros, equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- Recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no será cubierta. El capítulo 3 ofrece más información sobre los requisitos para el uso de proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios ofrecidos por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación por anticipado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina recibir una “remisión”. El capítulo 3 ofrece más información sobre obtener una remisión y en qué situaciones no la necesita.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por anticipado (a veces denominada "autorización previa") de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados con un asterisco en el

Cuadro de Beneficios Médicos.

Otros detalles importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2022*. Puede verlo 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).
- En el caso de todos los servicios preventivos que Original Medicare cubre sin costo, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también está recibiendo tratamiento o control por una afección médica preexistente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago en concepto de la atención recibida por la afección médica preexistente.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de presunta continuación de elegibilidad de 90 días, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare correspondientes cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que sus beneficios de Medicaid proporcionados por el Estado de Nueva York no estén disponibles para usted. Comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York (puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid del Estado de Nueva York en la sección 6 del capítulo 2). Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios de Medicare básico y complementario no cambian durante este período.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios señalados en el Cuadro de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados

- Dado que MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) participa en reducciones por costos compartidos para medicamentos recetados, usted será elegible para los siguientes servicios de Planificación de Bienestar y Atención Médica (WHP, por sus siglas en inglés), incluyendo servicios de planificación anticipada de la atención (ACP, por sus siglas en inglés)
 - A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a accidentes o a enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

lo que usted quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si usted lo desea, puede:

- Llenar un formulario escrito para otorgar a una persona la autoridad legal a tomar decisiones médicas en su nombre si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
 - Dar a sus médicos instrucciones escritas acerca de cómo desea usted que maneje su atención médica si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
 - Puede recibir asistencia para la planificación anticipada de la atención llamado a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o a su gestor de atención, quien también puede ayudarle con estos formularios.
- La planificación anticipada de la atención se incluye en la Planificación de Bienestar y Atención Médica. Toda la Planificación de Bienestar y Atención Médica y Planificación Anticipada de la Atención es voluntaria. Usted puede rechazar estos servicios si no desea participar.

Información importante sobre los beneficios para afiliados que son elegibles para "Ayuda Adicional":

- Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros, usted podría ser elegible para otros beneficios suplementarios dirigidos o para cubrir un menor costo compartido.
- Los miembros pueden ser elegibles para una reducción o eliminación de sus costos compartidos de los medicamentos de la Parte D. Consulte el capítulo 6 para ver más detalles.

Medicare aprobó que MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) proporcione estos beneficios y/o copagos/coaseguros más bajos como parte del programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican alguna de las siguientes enfermedades crónicas identificadas a continuación y cumple ciertos criterios, usted podría ser elegible para beneficios especiales suplementarios para enfermos crónicos.
 - Enfermedad de Alzheimer, hipertensión, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes con heridas en los pies, enfermedad renal, osteoporosis, insuficiencia cardíaca, hepatitis B, hepatitis C, VIH/sida, hiperlipidemia, cáncer, desnutrición/malnutrición, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - Los miembros elegibles serán identificados por el Departamento de Administración Médica en función de la lista de enfermedades crónicas. Los miembros recibirán una carta y un folleto sobre el programa y tendrán la oportunidad de participar en la administración de la atención, incluido

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


asesoramiento nutricional. Su gestor de atención puede revisar el programa nutricional e inscribirlo si le interesa.

- Consulte el renglón “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en el siguiente Cuadro de Beneficios Médicos para ver más detalles.





Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de Beneficios Médicos




Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un examen de detección con ultrasonido por única vez para pacientes en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica le proporcionan una remisión para dicho examen.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un dolor que haya durado 12 semanas o más; • que es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no se asocia con una cirugía; y • no se asocia con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [Social Security Act] (la Ley) pueden practicar acupuntura de acuerdo con los requisitos del estado correspondientes.</p> <p>Los auxiliares médicos (physicianassistant, PA), los profesionales de enfermería (nurse practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (según se identifican en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar acupuntura si cumplen todos los requisitos del estado correspondientes y si tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa y activa para practicar acupuntura en el estado, el territorio o la mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de 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>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y en tierra, hasta la institución adecuada más cercana que pueda brindar atención únicamente si esta se presta a un miembro cuya afección médica es tal que la utilización de otro medio de transporte pudiera poner en peligro la salud de la persona o si está autorizada por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si está documentado que la afección que padece el miembro es tal que la utilización de otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se requiere desde el punto de vista médico. 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha contado con cobertura de la Parte B por más de 12 meses, puede acceder a una visita anual de bienestar a fin de desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención según sus factores de salud y riesgos actuales. Esta visita tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya concurrido a una visita “Bienvenido a Medicare” para que sus visitas anuales de bienestar tengan cobertura luego de que haya tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>En el caso de individuos que califiquen (en general, personas que se encuentran en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), si es necesario desde el punto de vista médico, los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, entre ellos, la 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. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 a 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para aquellos miembros que cumplen con ciertas condiciones con la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede analizar el consumo de aspirinas (si corresponde), verificar su presión arterial y ofrecerle sugerencias para asegurarse de que se está alimentando de manera saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva relacionada con la enfermedad cardíaca.</p>
<p> Exámenes de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para detectar 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 cubiertas una vez cada 5 años.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses. • Si usted está en riesgo elevado de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o si se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. 	<p>En función de su nivel de ingresos y la elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>En el caso de personas de 50 años en adelante, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes exámenes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-based fecal occultblood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>En el caso de personas que tienen un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>En el caso de personas que no estén en riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por un enema de bario.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios odontológicos*</p> <p>En general, Original Medicare no cubre los servicios odontológicos preventivos (por ejemplo, limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas). Cubrimos los servicios odontológicos cubiertos por Medicare, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento o servicio que no hubiera estado cubierto (p. ej., la extracción de un diente) si lo lleva a cabo un dentista como consecuencia y parte integral de un procedimiento que sí se encuentre cubierto; en ese caso, todo el servicio proporcionado por el dentista está cubierto. • Extracciones de dientes a fin de preparar la mandíbula para recibir un tratamiento de radiación en caso de padecer alguna enfermedad neoplásica. • Exámenes odontológicos antes de someterse a un trasplante de riñón. <p>MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) también cubre beneficios integrales de odontología adicionales que no cubre Original Medicare.</p> <p>Los beneficios integrales de odontología cubiertos incluyen:</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para restauraciones y prostodoncia con un límite de una (1) por diente cada 60 meses.</p> <p>Copago de \$0 para endodoncia con un límite de una (1) por diente de por vida.</p> <p>Copago de \$0 para periodoncia con un límite de una (1) por cuadrante cada 60 meses.</p>
<p>Restauración y prostodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas - una sola restauración: <ul style="list-style-type: none"> ○ Compuesto a base de resina (indirecto) ○ Resina con metal noble o muy noble ○ Resina con base de metal principalmente ○ Porcelana/cerámica ○ Porcelana fundida con metal noble o muy noble ○ Porcelana fundida a metal base principalmente ○ Metal noble o muy noble fundido completo ○ Metal base principalmente fundido completo • Restauraciones mayores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Poste y núcleo además de la corona, fabricados indirectamente ○ Cada poste adicional indirectamente fabricado mismo diente ○ Poste y núcleo prefabricados además de la corona 	<p>Los servicios deben obtenerse a través de la red odontológica HealthPlex.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios odontológicos* (continuación)</p> <p>Endodoncia limitada a tratamiento de conducto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de endodoncia: diente molar (excluyendo la restauración final) • Retratamiento de la terapia previa del conducto radicular: diente molar <p>Periodoncia limitada a la cirugía ósea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluyendo la elevación de un colgajo de espesor completo y cierre. <p>Limitaciones de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios integrales de odontología se cubren con un límite de \$700 por año. • Las restauraciones y la prostodoncia tienen un límite de una (1) por diente cada 60 meses. • La endodoncia tiene un límite de una (1) por diente de por vida. • La periodoncia tiene un límite de una (1) por cuadrante cada 60 meses. 	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en una clínica de atención primaria que pueda brindar un tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a la visita anual en la que se realice el examen de detección de depresión.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta 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 en sangre (glucosa). También cubriremos el examen si usted cumple con otros requisitos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados del examen, puede ser elegible para hasta 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>
<p> Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes*</p> <p>Para todas las personas que padecen de diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los suministros para monitorear su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de detección de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. • Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético en estado avanzado: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en circunstancias específicas. 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Los suministros para las personas diabéticas se limitan a las tiras reactivas para diabéticos de Abbott o las tiras reactivas para diabéticos de Ascensia. Si tiene un motivo médico para usar otra marca de tiras reactivas, su proveedor debe comunicarse con Servicios al Miembro.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios y suministros para personas diabéticas.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p>
<p>(En el capítulo 12 de este folleto encontrará la definición de “equipo médico duradero”).</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Entre los artículos cubiertos se incluyen: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que un proveedor solicita para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	
<p>Hemos incluido una lista de los proveedores de DME cubiertos en nuestro <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>. En la lista, se mencionan las marcas y los fabricantes de los DME que cubriremos. Esta lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados* (continuación)	
<p>En general, el MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Original Medicare que sea de las marcas y de los fabricantes incluidos en la lista mencionada. No cubriremos equipos de otras marcas ni de otros fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos expliquen que la marca es la adecuada para atender sus necesidades médicas. No obstante, si usted es nuevo en el MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) y utiliza un equipo médico duradero de una marca que no se encuentra en la lista, continuaremos cubriéndoselo durante un plazo máximo de 90 días. Durante dicho plazo, deberá hablar con su médico y decidir qué marca es adecuada para usted desde el punto de vista médico una vez finalizado el plazo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, podrá pedirle que lo derive para recibir una segunda opinión).</p>	
<p>Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, podrán presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si disiente de su proveedor en la decisión respecto de cuál es la marca o el producto adecuado según su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>).</p>	

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que reúnen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>El término emergencia médica se refiere a una situación en la que usted, o cualquier otra persona legamente prudente que posea un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que, debido a los síntomas médicos que presenta, requiere atención médica inmediata para evitar su fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se presten fuera de la red son los mismos que los que correspondan a los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% (hasta \$90)</p> <p>Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, deberá regresar a un hospital de nuestra red con el fin de que se siga cubriendo su atención o deberá quedar hospitalizado en un hospital fuera de la red que haya sido autorizado por el plan y el costo que deberá pagar será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>MetroPlusAdvantage Plan (HMO D-SNP) le reembolsará hasta \$250 cada seis meses por el costo de su membresía en instalaciones deportivas autorizadas. Llame a Servicios al Miembro de MetroPlusAdvantage Plan para obtener más información sobre su beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Limitaciones de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">• No se le reembolsará las membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas de pérdida de peso, spas u otros servicios similares.• Las membresías de por vida no son elegibles para el reembolso.• MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) no reembolsará equipos, ropa, vitaminas u otros servicios que el centro pueda ofrecer (masajes, yoga, etc.)	Copago de \$0.

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Tarjeta Flex</p> <p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex de \$200 por año que se puede usar para modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, comestibles o artículos de venta libre (OTC). Si el monto no se utiliza, no se transfiere al siguiente año calendario.</p> <p>Llame a Servicios al Miembro de MetroPlus Advantage Plan para obtener más información sobre su beneficio de la tarjeta Flex.</p> <p>Limitaciones de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los dispositivos de seguridad y las modificaciones al hogar y el baño están limitadas a la siguiente lista de dispositivos y modificaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tapete de baño, antideslizante ○ Banca de seguridad para baño, con respaldo ○ Banca de seguridad para baño, sin respaldo ○ Barra de asistencia para la cama ○ Cinturón de marcha ○ Ducha de mano ○ Barra de soporte cromada y texturizada ○ Asiento de inodoro elevado ○ Asiento de inodoro elevado con brazos ○ Tapete de ducha, antideslizante ○ Calcetas antideslizantes, unitalla ○ Barandales de seguridad para inodoro ○ Banca de transferencia, ajustable ○ Barra de seguridad para tina ○ Barra de seguridad para tina, con ventosas 	Copago de \$0.

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de audición*</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífono (todos los tipos) cada 3 años (beneficio máximo de \$500 para ambos oídos cada 3 años) 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por exámenes de diagnóstico de la audición y el equilibrio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por audífonos.</p> <p>La cobertura para audífonos se limita a \$500 para ambos oídos cada 3 años.</p> <p>Se requiere autorización previa para cubrir los audífonos.</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>En el caso de las personas que soliciten un examen de detección de VIH o de aquellas personas que tengan mayor riesgo de contraer una infección de VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible en el caso de los miembros elegibles para realizarse el examen preventivo de detección de VIH que cubre Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención brindada por una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de que reciba servicios de atención médica a domicilio, un médico debe, en primer lugar, certificar que usted los necesita y, en segundo lugar, solicitar que una agencia de atención médica a domicilio se los brinde. Usted debe estar confinado en su hogar, es decir, no puede salir sin que ello le implique un esfuerzo considerable.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería profesional y servicios de asistentes para la atención a domicilio de medio tiempo o intermitentes (para que tengan cobertura en virtud del beneficio de atención médica a domicilio, la suma de los servicios de cuidado de enfermería profesional y de asistentes para la atención a domicilio no debe superar las 8 horas diarias ni las 35 horas semanales). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar*</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración por vía 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), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los 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, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo 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 en esta terapia 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han comunicado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se le informó que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses de vida o menos si la enfermedad continúa su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p><u>En el caso de los servicios que brinda un centro de cuidados paliativos y de los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare pague.</p> <p><u>En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo correspondiente que debe pagar por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan o no:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará los costos compartidos establecidos para Medicare de Tarifa por Servicio (Original Medicare). <p><u>En el caso de los servicios cubiertos por MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) continuará cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni por la Parte B con independencia de que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted debe pagar el monto correspondiente a los costos compartidos del plan por estos</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p> <p>Copago de \$0 por consulta de cuidados paliativos por única vez.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>En el caso de los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare?</i>)</p> <p>Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención que no se relacione con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para las personas que tengan enfermedades terminales y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B que cubre Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contagio de hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas establecidas en nuestro beneficio 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>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para paciente hospitalizado*</p> <p>Incluye cuidados agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, servicios de hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para paciente hospitalizado comienza el día en que es formalmente ingresado en el hospital con una orden del médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente hospitalizado en el hospital. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera el plazo de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de atención hospitalaria para paciente hospitalizado estará limitada a 90 días por período de beneficios.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son 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 regular • Costos de unidades de atención especial (tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) 	<p>Para cada período de beneficios, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,556 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día • Días 61 a 90: copago de \$389 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$778 por día

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para paciente hospitalizado* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y de salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias. • En algunas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/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 trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención comunitario, podrá elegir atenderse en un centro local siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte que correspondan para usted y un acompañante. • Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos <p>Nota: A fin de que se lo admita como paciente hospitalizado, su proveedor debe preparar una orden para ingresarlo formalmente como paciente en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerarse un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es un paciente hospitalizado o uno ambulatorio, deberá consultarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o</p>	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Si recibe atención autorizada para paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su situación de emergencia se haya estabilizado, el costo que deberá pagar será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para paciente hospitalizado*</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren de hospitalización. <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente hospitalizado en el hospital. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera el plazo de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de atención hospitalaria para paciente hospitalizado estará limitada a 90 días por período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente de por vida. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Para cada período de beneficios, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1556 Días 1 a 60: copago de \$0 por día Días 61 a 90: copago de \$389 por día 60 días de reserva de por vida: copago de \$778 por día <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Si agotó sus beneficios de atención para paciente hospitalizado o si su hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos los costos en los que incurra por su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapias, terapias con isótopos, incluidos los servicios y materiales técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos de prótesis y de ortopedia (excepto los odontológicos) que reemplazan, en forma total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo) o la función de este debido a que se encuentra inoperativo o está fallando permanentemente. También están incluidos los repuestos y las reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, collarines y fajas de apoyo lumbar, así como piernas, brazos y ojos artificiales. También están incluidos los ajustes, las reparaciones, y los repuestos necesarios por daños, desgaste, pérdida o debido un cambio de la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita al proveedor de atención primaria (PCP) y a especialistas.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por servicios de laboratorio.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por radiografías.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por dispositivos protésicos.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Se requiere autorización previa para realizar TC/IRM/ARM y TEP.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SkilledNursingFacility, SNF) durante una hospitalización no cubierta* (continuación)</p>	<p>Se requiere autorización previa para prótesis y suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para más de 10 visitas en un año.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio se encuentra disponible para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero que no reciban diálisis) y para las personas que hayan recibido un trasplante de riñón cuando su médico se lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación individualizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (se encuentran incluidos nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y, vencido ese plazo, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Si es necesario que continúe con su tratamiento el siguiente año calendario, un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión cada año.</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 contra la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes PreventionProgram, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare para todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para modificar la conducta en relación con la salud que proporciona capacitación práctica para realizar cambios a largo plazo en la dieta, aumentar la actividad física y proporcionar estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que se administra a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministra a través de una inyección, si usted padece de hemofilia. • Medicamentos inmunodepresivos, si usted estuviera inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con el hecho de tener osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse dicho medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos orales. • Algunos medicamentos para hacer diálisis en el hogar, incluyendo heparina, antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Aranesp®, Retacrit®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencias primarias. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <p><u>www.metroplus.org/Plans/Medicare/prescription-drug-information</u></p> <p>También cubrimos algunas vacunas establecidas en nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, además de las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados. En el Capítulo 6, se explica Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D mediante nuestro plan.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a autorización previa o terapia escalonada.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos el asesoramiento intensivo que lo ayude a perder peso. El asesoramiento está cubierto si lo recibe en una clínica de atención primaria donde pueda ser coordinado con su plan de prevención integral. Consúltele a su médico o profesional de atención primaria si necesita más información.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección de obesidad ni para la terapia.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides*</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno de consumo de opioides (OUD) reciben cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. • Entrega y administración de los medicamentos MAT (en caso necesario). • Terapia por el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y 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 usados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios. 	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por radiografías.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por servicios de laboratorio.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada pinta de sangre (a partir de la cuarta pinta).</p> <p>Se requiere autorización previa para realizar TC/IRM/ARM y TEP.</p> <p>Se requiere autorización previa para la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación hospitalaria para paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios provistos en un hospital para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación para paciente ambulatorio tengan cobertura, deben satisfacer los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solamente tienen cobertura cuando son provistos por orden de un médico o de otra persona autorizada por las leyes estatales de acreditación y los estatutos del personal del hospital para admitir a pacientes y ordenar la realización de pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se lo considera un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para paciente ambulatorio</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía como paciente ambulatorio. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención conforme a un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, si no recibiera esta atención, sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueda administrar por sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se lo considera un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por servicios hospitalarios como paciente ambulatorio.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional en la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por cada visita de terapia individual o grupal.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</p> <p>Los servicios cubiertos son fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</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 Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla.</p> <p>Se requiere autorización previa para más de 10 visitas al año.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias como paciente ambulatorio</p> <p>La cobertura de la Parte B de Medicare está disponible para los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta como paciente hospitalizado para el tratamiento del abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por cada visita de terapia individual o grupal.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía como paciente ambulatorio, incluidos los servicios en instalaciones ambulatorias hospitalarias y en centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en una instalación hospitalaria, deberá consultarle a su proveedor si usted será considerado un paciente hospitalizado o uno ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se lo considera un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a una cirugía como paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita al hospital como paciente ambulatorio.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Estos incluyen medicamentos tales como jarabes para la tos y el resfriado, insumos médicos seleccionados y otros artículos que pueden obtenerse sin receta de un profesional de la atención médica.</p> <p>Visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org para obtener información sobre cómo ordenar artículos de venta libre. Si el monto no se utiliza, no se transfiere al siguiente trimestre.</p>	<p>Asignación de \$375 por trimestre para artículos de venta libre.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda en un ámbito de atención ambulatoria o en un centro de salud mental comunitario, el cual es más intenso que la atención ofrecida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización completa.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios brindados en un consultorio médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en un departamento de atención para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y de equilibrio básicos realizados por su PCP si su médico lo ordena para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita presencial o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Acceso a un médico mediante el uso de un sistema de telecomunicaciones interactivo de audio y video, como una tableta o un teléfono, que permite la comunicación interactiva en tiempo real, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contacte a su proveedor para ver si ofrece servicios de telesalud o para programar una cita, o visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org para obtener información sobre cómo acceder a nuestro proveedor de telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa 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 el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. 	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita presencial al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita presencial al consultorio de un especialista.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por cada visita de telesalud para recibir servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales de servicios especializados de salud mental; servicios de otros profesionales médicos; sesiones individuales de servicios psiquiátricos; sesiones individuales para el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias; y servicios de capacitación en el autocontrol de la diabetes.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno de consumo de sustancias o un trastorno de salud mental simultáneo, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo, y ○ El control no se relaciona con una visita que haya hecho al consultorio en los últimos 7 días, y ○ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la fecha disponible más inmediata. • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las siguientes 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo, y ○ La evaluación no se relaciona con una visita que haya hecho al consultorio en los últimos 7 días, y ○ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la fecha disponible más inmediata. • Consultas que su médico haga a otros médicos por teléfono, internet o registros de salud electrónicos. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de que se realice una cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos son exclusivamente los siguientes: cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para recibir un tratamiento de radiación en caso de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	<p>Coaseguro del 0% o 20% por atención odontológica que no sea de rutina cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios deben obtenerse a través de la red odontológica HealthPlex.</p> <p>Se requiere autorización previa para recibir atención odontológica que no sea de rutina.</p>


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba 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 de enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón). • Atención podológica de rutina para los miembros que tengan determinadas afecciones médicas que les afecten los miembros inferiores. <p>MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) también cubre servicios adicionales de podología que no cubre Original Medicare. Los beneficios adicionales cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención podológica de rutina (se limita a 4 visitas por año) 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cuidados podológicos de rutina, hasta 4 visitas al año.</p>
<p>Alimentos después del alta*</p> <p>La cobertura de hasta 10 comidas entregadas a domicilio durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados a su hogar.</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir comidas entregadas a domicilio si cumplen los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesario debido a una enfermedad • De forma congruente con el tratamiento establecido de la enfermedad <p>No hay límite a la cantidad de períodos de 5 días de comidas que puede recibir en un año después de recibir el alta de un entorno hospitalario a su hogar, si se cumplen los requisitos anteriores.</p> <p>Las comidas son provistas y entregadas por el proveedor contratado de MetroPlusHealth Plan. Si tiene alguna pregunta, llame a su gestor de atención al 1-866-986-0356.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. • Prueba de Antígeno Prostático Específico (ProstateSpecificAntigen, PSA). 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p> <p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por un examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso el sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye una cierta cobertura después de una extirpación o cirugía de cataratas; consulte a continuación “Atención oftalmológica” en esta sección para más detalles.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por dispositivos protésicos.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por anteojos cubiertos por Medicare después de una extirpación o cirugía de cataratas.</p> <p>Se requiere autorización previa para la cobertura de dispositivos protésicos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ChronicObstructivePulmonaryDisease, COPD) moderada a muy grave y que cuentan con una remisión para rehabilitación pulmonar de parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20%.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de detección de consumo indebido de alcohol en el caso de adultos con cobertura de Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, aunque no sean dependientes.</p> <p>Si su evaluación da un resultado positivo para el consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones personales cortas de orientación por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico de atención primaria o un especialista calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección y el beneficio preventivo de asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>En el caso de los individuos que califican, se cubre un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco, al menos 30 paquetes al año, y que actualmente fuman o dejaron fumar en los últimos 15 años; aquellas personas que reciben una orden por escrito para realizarse un LDCT durante una consulta médica para recibir asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que brinda un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p>En el caso de los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de realizar el examen de LDCT inicial: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la cual se puede proporcionar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por proporcionar asesoramiento y una visita compartida de toma de decisiones sobre el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare relacionados con dichas visitas.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a las visitas de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre el examen de LDCT cubiertas por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir STI</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con alto riesgo de contraer una STI y debe ordenarlas un Proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales de alta intensidad de orientación conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento a modo de servicio preventivo si las proporciona un Proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de STI cubiertos por Medicare y el beneficio de asesoramiento preventivo sobre STI.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba 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 enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones relativas a su atención basadas en la información. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los remite su médico, 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 se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, según se explica en el capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si se lo ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquiera que lo esté ayudando en los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para hacer una verificación de su diálisis 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>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid:</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por servicios de educación sobre la enfermedad renal.</p> <p>Coaseguro del 0% o 20% por tratamientos de diálisis.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (En el capítulo 12 de este folleto encontrará la definición de “centro de enfermería especializada”. A veces, se los denomina “SNF”).</p> <p>La atención en un SNF tiene cobertura después de que haya pasado un mínimo de 3 días (sin contar el día del alta) como paciente hospitalizado por razones médicamente necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada. Un paciente es elegible para recibir 100 días de atención en un SNF durante cada período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que un beneficiario ingresa como paciente hospitalizado en el hospital o el SNF. El período de beneficios termina cuando el beneficiario no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son 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 del habla. • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación en sangre). • Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proveen los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de rueda, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de un médico/profesional. <p>Generalmente, usted recibirá atención SNF de parte de un centro de la red. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias enumeradas a continuación, usted puede obtener atención de parte de un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada (días 1 al 20) • Copago de \$194.50 por día durante los días 21 al 100 <p>Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Dejar el hábito de fumar y el consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar cigarrillos o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene indicios ni síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No se aplica coaseguros, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos*</p> <p>Vales de comida saludable</p> <p>Los miembros autorizados pueden recibir hasta \$64 por trimestre en vales de comida que pueden usar para comprar alimentos saludables frescos de proveedores participantes.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>


Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)*</p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (supervised exercisetherapy, SET) está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheralarterydisease, PAD) sintomática y con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Debe llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Debe proporcionar personal auxiliar calificado que pueda garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o de un enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Transporte (de rutina/que no es de emergencia)*</p> <p>Está cubierto el transporte de rutina/que no es de emergencia a la dirección de un proveedor aprobado para recibir atención médica y servicios necesarios.</p> <p>Debe llamar a Servicios al Miembro de MetroPlus Advantage Plan al menos dos días antes de la cita, y MetroPlus Advantage Plan coordinará el transporte para que lo traslade un servicio de automóvil aprobado. MetroPlus Advantage Plan no reembolsará el costo del transporte que no tenga la autorización previa de nuestro plan.</p> <p>Los beneficios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catorce (14) viajes de ida a lugares relacionados con la salud por año. 	<p>Copago de \$0 por catorce (14) viajes de ida por año a la dirección de un proveedor aprobado.</p> <p>Llame a Servicios al Miembro de MetroPlus Advantage Plan para solicitar la autorización al menos dos días antes.</p>
<p>Servicios de necesidad urgente</p> <p>Los servicios de necesidad urgente se prestan para una enfermedad médica, lesión o afección inesperada que no constituyen una emergencia pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios de necesidad urgente pueden brindarse a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de necesidad urgente que se presten fuera de la red son los mismos que aquellos que se presten dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura está únicamente disponible en Estados Unidos.</p>	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% (hasta \$65).</p> <p>Su costo compartido no se aplica si ingresa en el hospital dentro de un plazo de 3 días.</p>

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • En el caso de las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores a 50 años en adelante e hispanoamericanos de 65 años en adelante • En el caso de las personas que padecen diabetes, se cubre un examen de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico implante un lente intraocular (si se somete a dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda operación). 	<p>En función de su nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 0% o 20% por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Copago de \$0 para anteojos hasta \$100 por año.</p> <p>Este beneficio se puede combinar con sus beneficios de Medicaid para proporcionar cobertura para lentes adicionales, o para comprar lentes más allá del límite de gastos de Medicaid.</p>
<p>MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) también cubre servicios de cuidado de la vista adicionales que no cubre Original Medicare. Los beneficios adicionales cubiertos incluyen:</p>	
<p>Anteojos</p>	
<p>Lo anteojos están cubiertos hasta un total de \$100 por año para:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones 	

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única denominada “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otro tipo de atención, de ser necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses en los que usted goza de la Parte B de Medicare. Al concertar una cita, avise en el consultorio del médico que desea programar una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Planificación de servicios de salud y bienestar</p> <p>Nuestro plan cubre la planificación de servicios de salud y bienestar, incluyendo planificación anticipada de la atención. Todos los miembros tienen acceso a estos servicios, sin importar su condición médica. Estos servicios son voluntarios (usted no tiene obligación de participar).</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los servicios de planificación de servicios de salud y bienestar.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP)

MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que coordina su cobertura de Medicare con beneficios y servicios adicionales e integrales, a los que puede tener derecho en virtud del Programa Medicaid del Estado de Nueva York. Se considera que los miembros que cumplen los requisitos para recibir Medicare y Medicaid tienen elegibilidad dual. Como miembro con elegibilidad dual, usted es elegible para beneficios del Programa Medicare federal, y también del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Los beneficios adicionales de Medicaid que usted recibe pueden variar conforme a sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos miembros con elegibilidad dual no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios y los tipos de asistencia de Medicaid que brinda nuestro plan son:

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que califica (por sus siglas en inglés, "QI"):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Personas discapacitadas calificadas y trabajadoras (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A
- **Elegibilidad doble con beneficio completo (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B, en algunos casos las primas de la Parte A de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Como QMB o QMB-Plus, usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, excepto cualquier copago por medicamentos recetados de la Parte D. Sin embargo, si no es QMB ni QMB-Plus, pero es elegible para los beneficios completos de Medicaid, podría tener que pagar algunos copagos, coaseguros y deducibles, dependiendo de sus beneficios de Medicaid.

Los siguientes servicios no son cubiertos por MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) pero están disponibles a través de Medicaid:

Costos compartidos de Medicare

El pago de sus costos cantidad de Medicare, incluyendo los importes de deducibles, copagos y coaseguros para servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Cuidado médico de día para adultos

El cuidado médico diurno para adultos consta de cuidados y servicios provistos en un centro residencial de atención médica o en un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico a una persona con discapacidades funcionales, que no está confinada en su hogar, y que requiere determinados artículos o servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación. El cuidado médico de día para adultos incluye los siguientes servicios: servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios farmacéuticos odontológicos y otros servicios complementarios.

Atención médica diurna para adultos con SIDA

Los Programas de atención médica diurna para adultos (por sus siglas en inglés, "ADHCP") son programas diseñados para ayudar a las personas infectadas con VIH a vivir de manera más independiente en la comunidad o a eliminar la necesidad de servicios de atención médica residencial. Las personas registradas en ADHCP necesitan una mayor gama de servicios de salud integrales de la que puede ofrecerse en un solo entorno, pero no requieren el nivel de servicios

que se ofrecen en un entorno de atención médica residencial. Las reglas exigen que una persona inscrita en un ADHCP debe necesitar por lo menos tres (3) horas de servicios de salud con base en por lo menos una

(1) visita por semana. Aunque en este entorno los servicios de salud se definen de manera amplia para incluir la atención médica general, la atención de enfermería, la administración de medicamentos, los servicios nutricionales, los servicios de rehabilitación y los servicios para abuso de sustancias y salud mental, las últimas dos (2) categorías no pueden ser el único fundamento para la admisión al programa. Los criterios de admisión deben incluir, como mínimo, la necesidad de atención médica general y servicios de enfermería.

Programa de vida asistida

El Programa de vida asistida ofrece cuidado personal labores domésticas, supervisión y asistentes de salud en el hogar. Servicios de respuesta ante emergencias personales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, atención médica diurna para adultos, un abanico de servicios de salud en el hogar y servicios de manejo de casos de un enfermero profesional registrado. Los servicios son proporcionados en un geriátrico o en una vivienda con servicios de asistencia.

Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad, que incluyen:

- Rehabilitación Psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés).
- Apoyo y Tratamiento Psiquiátrico Comunitario (CPST)
- Servicios de habilitación
- Apoyo y capacitación familiar
- Relevo en caso de crisis de corto plazo
- Relevo en caso de crisis intensiva
- Servicios de apoyo educativo
- Apoyo de compañeros
- Servicios prevocacionales
- Empleo de transición
- Empleo con apoyo intensivo (ISE)
- Empleo con apoyo continuo

Ciertos servicios de salud conductual, incluyendo:

- Clínicos: Tratamiento diurno continuo y hospitalización parcial
- Rehabilitación: Servicios de hospitalización, tratamiento y residenciales por adicción
- Servicios hospitalarios ambulatorios y de respuesta ante emergencias personales
- Servicios de exención 1115 por crisis residencial
- Servicios personalizados orientados a la recuperación y rehabilitación: Residencia comunitaria de ACT

Ciertos servicios de salud mental, entre ellos:

- Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Tratamiento diurno continuo
- Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales)
- Hospitalizaciones parciales (no cubiertas por Medicare)

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

- Tratamiento Asertivo en la Comunidad (AssertiveCommunityTreatment, ACT)
- Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (PersonalizedRecoveryOrientedServices, PROS)

Manejo Integral de Casos de Medicaid (por sus siglas en inglés, "CMCM")

Un programa que proporciona servicios de derivación para el manejo de casos de “trabajo social” para una población objetivo (por ejemplo, adolescentes, personas con enfermedades mentales).

Un administrador de casos de CMCM ayudará al cliente con el acceso a los servicios necesarios, de acuerdo con los objetivos contenidos en un plan escrito de manejo del caso. Los programas de CMCM no prestan servicios directamente, sino que hacen remisiones a una amplia gama de proveedores de servicios. Algunos de esos servicios son: médicos, sociales, psicosociales, educativos, laborales, financieros y de salud mental.

Servicios ordenados por un tribunal

Los servicios ordenados por un tribunal son prestados por o bajo la supervisión de, un médico, dentista u otro proveedor calificado bajo la ley estatal para prestar servicios médicos, dentales, de salud conductual (incluyendo tratamiento para salud mental o dependencia a sustancias químicas) u otros servicios cubiertos por Medicare y Medicaid.

Servicios de intervención por crisis

Los servicios de intervención por crisis se prestan a un afiliado que sufra o esté en riesgo inminente de sufrir una crisis psiquiátrica. Estos servicios están diseñados para interrumpir o moderar una crisis, e incluyen evaluación preliminar, resolución de la crisis inmediata y reducción de la intensidad. Los servicios se dirigirán a prevenir que ocurran eventos similares en el futuro a mantener al afiliado tan vinculado como sea posible con su entorno y sus actividades. Los objetivos de los servicios de intervención para crisis son participación, reducción de síntomas y estabilización. Todas las actividades deben ocurrir en el contexto de una crisis psiquiátrica real o potencial.

Terapia directamente supervisada para la enfermedad de la tuberculosis

La Terapia directamente supervisada de la tuberculosis (TB/DOT) es la observación de la ingesta oral de medicamentos para la TB para asegurar el cumplimiento del paciente con el régimen de medicamentos recetado por el médico.

Servicios dentales

Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen, entre otros, atención odontológica preventiva, profiláctica y otra atención odontológica, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía bucal (cuando no esté cubierta por Medicare) y prótesis dentales y aparatos ortopédicos necesarios para aliviar una afección médica grave, inclusive una que afecta la capacidad de obtener empleo.

Servicios de audición (y audiología)

Los servicios y productos de audición son cubiertos por Medicaid cuando por razones médicas sea necesario aliviar la discapacidad causada por la pérdida o deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; revisiones de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluso audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.

Servicios del Programa de Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Hay varios programas de exención en el hogar y la comunidad que prestan servicios autorizados exenciones del DHHS en los términos de la Sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Los programas incluyen el Programa de Atención Médica a Domicilio a Largo Plazo, el Programa para Lesiones Cerebrales Traumáticas (TBI), la exención ICF/MR, así como los Programas de HCBS de Cuidado en el Hogar de Medicaid y los Programas de Cuidado en el Hogar de la OPWDD.

Salud mental como paciente hospitalizado durante más que el límite de 190 días

Todos los servicios de salud mental como paciente hospitalizado, inclusive los ingresos voluntarios o involuntarios para servicios de salud mental que excedan el límite de 190 días de por vida de Medicare. Medicaid puede brindar el beneficio cubierto de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios a través de hospitales habilitados conforme al artículo 28 de P.H.L. del Estado de Nueva York.

Beneficios de farmacia de Medicaid

Medicaid cubre ciertas categorías de medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare tales como, barbitúricos, benzodiazepinas y algunas vitaminas con receta médica y algunos medicamentos de venta libre. Para ver la lista completa de medicamentos reembolsables de Medicaid, visite <https://www.emedny.org/info/formfile.aspx>.

Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula parenteral, fórmula enteral y baterías para aparatos auditivos

Estos artículos por lo general se consideran como artículos consumibles para un solo uso, pagados rutinariamente bajo la categoría de equipo médico duradero de pago por servicio de Medicaid.

La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y suplementos nutricionales se limita solamente a cobertura solo para alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener la nutrición por ningún otro medio y que cumplan las tres condiciones siguientes:

1. personas alimentadas por tubo que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo;
2. personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio; y
3. niños que requieren fórmulas médicas debido a factores de mitigación en el crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.

Servicios sociales médicos

Los servicios sociales médicos incluyen la evaluación de la necesidad de organizar y proporcionar ayuda para los problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un

paciente en el hogar donde tales servicios son realizados por un trabajador social calificado y proveídos dentro de un plan de cuidados.

Programas de tratamiento para mantenimiento con metadona (Methadone Maintenance Treatment Program, MMTP)

Consiste en la desintoxicación de la droga, orientación sobre dependencia y servicios de rehabilitación, que incluyen el manejo químico del paciente con metadona en un centro certificado.

Transporte en casos que no son de emergencia

Los gastos de transporte que no sea de emergencia están cubiertos por Medicaid cuando el transporte es esencial para que el afiliado obtenga atención médica necesaria y servicios que están cubiertos bajo el programa Medicaid. Los servicios de transporte incluyen transporte en ambulette, transporte para silla de ruedas, taxi, taxi médico, transporte público u otros medios apropiados según la afección médica del afiliado y un auxiliar de transporte para que lo acompañe, si es necesario. Tales servicios pueden incluir el transporte, comidas, alojamiento y salario del auxiliar de transporte; sin embargo, no se pagará ningún salario a un auxiliar de transporte que sea miembro de la familia del afiliado.

Atención no cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada.

Los días de un afiliado en un centro de enfermería especializada provistos por un centro autorizado que excedan de los primeros 100 días en el período de beneficios de Medicare Advantage.

Equipo médico duradero no cubierto por Medicare

El equipo médico duradero, inclusive los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas de nutrición enterales y prótesis o aparatos ortopédicos con las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período de tiempo prolongado; son principalmente y habitualmente utilizados para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y por lo general están adaptados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular.

Servicios médicos a domicilio no cubiertos por Medicare

Los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare (por ejemplo, terapeuta físico para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su máximo potencial de restauración o un enfermero para llenar previamente las jeringas para personas discapacitadas con diabetes) y/o servicios de asistente de salud a domicilio como lo requiere un plan de atención aprobado.

Cuidados en un hogar de reposo

La atención en un hogar de reposo es provista a los afiliados en un centro autorizado.

Nutrición

Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y de los patrones alimenticios, o la planificación para proveer los alimentos y las bebidas apropiados para las necesidades físicas y médicas del individuo y las condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias

alimentarias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética apropiada dentro del ambiente del hogar del paciente y consideraciones culturales, la educación nutricional con respecto a las dietas terapéuticas como parte del ambiente de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales, la provisión de educación en servicio al personal de las agencias de salud, así como la consulta sobre problemas dietarios específicos de los pacientes y la enseñanza de la nutrición a pacientes y familias.

Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD), incluyendo:

- Servicios de terapia de largo plazo proporcionados por los Centros de Tratamiento Clínico del Artículo 16 o por Centros del Artículo 28
- Tratamiento diurno
- Coordinación de Servicios de Medicaid (por sus siglas en inglés, "MSC")

Servicios de planificación familiar fuera de la red

Los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva se refieren a los servicios de salud que permiten a los afiliados, incluyendo menores que pueden tener relaciones sexuales, evitar o reducir la incidencia de embarazos no deseados. Estos incluyen: diagnóstico y todo el tratamiento, esterilización y detección que sean médicamente necesarios y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y detección de enfermedades y embarazos.

También se incluye la orientación y pruebas de VIH cuando se ofrecen como parte de una visita de planificación familiar. Adicionalmente, los cuidados de salud reproductiva incluyen la cobertura de todos los abortos médicamente necesarios. Los abortos electivos inducidos están cubiertos. Los servicios de fertilidad no están cubiertos.

Servicios de cuidado personal

Los servicios de cuidado personal (PCS) constan de la prestación de asistencia parcial o total con actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse, y tareas funcionales de apoyo ambiental y nutricional (preparación de comidas y limpieza). Algunos servicios pueden ser esenciales para el mantenimiento de la salud del afiliado y la seguridad de su propia casa. El cuidado personal debe ser médicamente necesarios, el médico del afiliado debe ordenarlos y una persona calificada debe encargarse de acuerdo al plan de cuidados. También pueden incluir a los Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)

Servicios de Respuesta a Emergencias Personales

Los Servicios de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS) usan un dispositivo electrónico que permite que ciertos pacientes de alto riesgo se aseguren la ayuda en el caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Hoy en día existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que emplean diferentes dispositivos de señales. Generalmente, tales sistemas se conectan al teléfono de un paciente y emiten una señal a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de "ayuda". En el caso de una emergencia, se recibe la señal y un centro de respuesta actúa acorde.

Servicios de podología

Medicaid cubre servicios de podología médicamente necesarios, lo cual incluye atención médica en afecciones de los miembros inferiores.

Servicios de enfermería privada

Servicios de enfermería privada proporcionados por una persona que posee una licencia y un registro actual del Departamento de Educación de NYS para la práctica como profesional de

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)

enfermería registrado o profesional de enfermería autorizado. Los servicios de enfermería se pueden proporcionar a través de una agencia médica a domicilio certificada aprobada, una agencia de atención a domicilio autorizada o un profesional privado. Los servicios de enfermería pueden prestarse en el hogar del afiliado.

Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando el médico tratante determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a medio tiempo o continuos, y se pueden proporcionar de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, un asistente médico registrado o un profesional de enfermería certificado.

Prótesis

El calzado de prescripción cubierto por Medicaid se limita al tratamiento de personas diabéticas, o cuando el calzado forma parte de un soporte para el pie (órtesis) o si un menor de 21 años de edad presenta complicaciones en el pie. La cobertura de medias de compresión y soporte se limita al embarazo o el tratamiento de úlceras venosas por estasis.

Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias autorizadas por OMH y programas de tratamiento basados en la familia.

Los servicios de rehabilitación en residencias comunitarias son intervenciones, terapias y actividades que son médicamente terapéuticas y de naturaleza correctiva, y son médicamente necesarias para la reducción máxima de los defectos funcionales y de conducta adaptativa asociados con la enfermedad mental de la persona.

Los servicios de rehabilitación en programas de tratamiento basado en la familia pretenden brindar tratamiento a niños y jóvenes con perturbaciones emocionales graves, con el fin de promover su funcionamiento exitoso y su integración a las situaciones naturales de la familia, la comunidad, la escuela o la vida independiente. Estos servicios se prestan tomando en cuenta la etapa del desarrollo de un niño. Los niños que se determine que son elegibles para ser admitidos se colocan en hogares familiares sustitutos para recibir cuidado y tratamiento.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Los servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD) incluyen servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados, servicios residenciales de tratamiento de adicciones, servicios ambulatorios, servicios para SUD ordenados por el Estado, y abstinencia ambulatoria con supervisión médica.

Servicios de cuidado de la vista

Los servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicaid incluyen servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencia o hechos a medida), ayudas para visión deficiente y servicios de baja visión. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de partes. La cobertura además incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista. Los exámenes para refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que de otra manera se justifique como médicamente necesario. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

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

Esta sección le informa qué servicios quedan “excluidos”. Excluido significa que el servicio no está cubierto por el plan.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por el plan para ninguna afección o están cubiertos por el plan únicamente para afecciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro siguiente, excepto para algunas afecciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si se determina, ante una apelación, que el servicio que aparece en el cuadro siguiente es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto en virtud de una situación específica. (Para más información sobre cómo apelar una decisión adoptada de no cubrir un servicio médico, consulte el capítulo 9, sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en el Cuadro de Beneficios o en el cuadro siguiente.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierta para el dolor crónico en la parte baja de la espalda
Cirugía cosmética o procedimientos afines		<p style="text-align: center;">✓</p> Se cubren en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro con una malformación. Cubierto en todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, así como también para que la mama no afectada tenga una apariencia simétrica.

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
<p>El cuidado supervisado es el cuidado que se brinda en un hogar de reposo, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de centro donde no se requiere atención especializada ya sea médica o de enfermería.</p> <p>El cuidado supervisado es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como el cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y productos experimentales son aquellos productos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinen que, por lo general, no están aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el capítulo 3, sección 5 para más información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Los costos cobrados por su cuidado por parte de familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.</p>	✓	
<p>Alimentos entregados en el hogar</p>	✓	
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, incluso tareas domésticas livianas o la preparación de comidas livianas.</p>	✓	
<p>Servicios de neuropatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).</p>	✓	

Capítulo 4. Cuadro de **Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluye en su costo o si el calzado es para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisión.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Tiene cobertura solo cuando es un servicio médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	✓	
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para deficiencias en la vista.		✓ Se cubren el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una operación de cataratas. Se cubren anteojos adicionales (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos para ver las descripciones de los servicios/artículos cubiertos).
Exámenes de audición de rutina o exámenes para colocar audífonos.	✓	
Servicios no considerados razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	
Dispositivos de soporte para el pie		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

*Cómo usar la cobertura del plan para
sus medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	125
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D.....	125
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan .	126
SECCIÓN 2	Surtido de sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	127
Sección 2.1	Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red	127
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	127
Sección 2.3	Cómo usar el servicio de pedidos por correo	128
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?	129
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté dentro de la red?	130
SECCIÓN 3	Es necesario que sus medicamentos figuren en la “Lista de Medicamentos” del plan	131
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	131
Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico figura en la Lista de Medicamentos?.....	132
SECCIÓN 4	Existen algunas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	132
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	132
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	133
Sección 4.3	¿Alguna de estas reglas se aplican a sus medicamentos?.....	134
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desearía que esté cubierto?	135
Sección 5.1	Existen alternativas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea	135
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?....	135
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	138
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar a lo largo del año	138

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Sección 6.2	¿Qué pasa si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?	138
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	140
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	140
SECCIÓN 8	Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	142
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía.....	142
Sección 8.2	¿Qué pasa si no lleva consigo su tarjeta de membresía?.....	142
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	142
Sección 9.1	¿Qué pasa si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estancia que está cubierta por el plan?.....	142
Sección 9.2	¿Qué pasa si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? ..	143
Sección 9.3	¿Qué pasa si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare?	143
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y manejo de los medicamentos	144
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	144
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos.....	145
Sección 10.3	Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos	145



¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos si recibe “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben “Ayuda Adicional” de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si usted forma parte del programa “Ayuda Adicional”, **es posible que una parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este anexo, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D** El próximo capítulo le informa cuánto paga por los medicamentos de la Parte D (capítulo 6, *Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, en general, cubre medicamentos que se le administran durante hospitalizaciones o internaciones en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamento que se aplican durante una visita al consultorio, y medicamentos administrados en un centro de diálisis. El capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios, qué está cubierto y qué paga usted*), le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una hospitalización cubierta o durante una internación en un centro de enfermería especializada cubierta, así como también sus beneficios y costos por los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan cubre únicamente los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no estén relacionados con un diagnóstico terminal y afecciones afines y, por lo tanto, no estén cubiertos por el beneficio de un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para más información, consulte la Sección 9.4, *¿Qué pasa si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare?* Para información sobre la cobertura

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

en centros de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (Cuadro de Beneficios, qué está cubierto y qué paga usted).

Las secciones a continuación analizan la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas del beneficio de la Parte D del plan. La sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y de Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399.

Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

El plan, por lo general, cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otro proveedor que expida recetas) que le haga una receta.
- El profesional que expide sus recetas debe aceptar Medicare o bien presentar documentación ante los CMS que acredite que está calificado para expedir recetas; de lo contrario, se denegará su reclamación de la Parte D. Usted debería consultar al profesional que expide sus recetas si cumple con esta condición la próxima vez que lo llame o lo visite. De lo contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide sus recetas presente la documentación necesaria para su procesamiento.
- Generalmente, usted debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, *Surtido de sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan* (que de forma abreviada llamamos “Lista de Medicamentos”). (Consulte la sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o ha sido avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la sección 3 para más información acerca de las indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Surtido de sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son surtidas en una de las farmacias 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 en virtud del cual provee sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web(www.metroplusmedicare.org), comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y debe volver a surtir un medicamento que está tomando, puede hacer que el proveedor vuelva a expedir una receta o hacer que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia que usted ha estado usando se retira de la red?

Si la farmacia que usted ha estado usando se retira de la red, deberá encontrar una nueva farmacia que se encuentre en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede recibir ayuda de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Las farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-termcare, LTC). Normalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que sea capaz de recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que es normalmente la farmacia que utiliza el centro LTC. Si usted tiene cualquier dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, póngase en contacto con Servicios al Miembro.
- Farmacias que atienden los programas de Servicios de Salud para Indígenas Americanos y de Salud para Indígenas Americanos Tribales o Urbanos (no disponibles en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, únicamente los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, la coordinación de proveedores o capacitación en cuanto a su uso. (Nota: Esta situación ocurre en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedidos por correo

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos suministrados por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no están disponibles* a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan se indican con una “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige que haga el pedido **de un suministro del medicamento como mínimo para 30 días y como máximo para 90 días.**

Para obtener formularios e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.

Por lo general, una receta con pedido por correo demorará no más de 7 a 10 días cuando se trata de una nueva receta, y no más de 3 a 4 días para un resurtido. Si ocurriera alguna demora en la recepción de su pedido por correo, llame a Servicios al Miembro para que le anulen el pedido y así podrá recoger un suministro de su receta para 30 días en una farmacia minorista.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de parte de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para consultarle si desea surtir inmediatamente los medicamentos o si desea obtenerlos más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (lo cual incluye la concentración, cantidad y forma) y, de

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

ser necesario, le permitirá que detenga o retrase el pedido antes de que se le cobre y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta y así impedir demoras en el envío.

Resurtido de recetas a través de pedido por correo.

Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de medicamentos de manera automática cuando nuestros registros indiquen que usted debería estar próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesite más medicamento y para que pueda cancelar una reposición si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si usted opta por no utilizar nuestro programa de reposición automática, póngase en contacto con su farmacia al menos 10 días antes de que usted crea que se quedará sin el medicamento para asegurarse de que el próximo envío le llegue a tiempo.

Para abandonar nuestro programa que automáticamente prepara la reposición de pedidos por correo, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Para que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacerles saber cuál es la mejor forma de contactarlo. Infórmenos cómo le gustaría que lo contactemos llamando a Servicios al Miembro (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?
--------------------	--

Cuando obtiene un suministro prolongado de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos maneras para obtener un suministro prolongado (también llamado “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). Usted puede ordenar este suministro a través del pedido por correo (consulte la sección 2.3) o puede concurrir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le informa cuáles son las farmacias de la red que pueden surtir un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Los medicamentos que no están disponibles para suministro prolongado se señalan con las letras “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no están disponibles* a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan se indican con una “NM” en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige que haga el pedido de un suministro del medicamento *como mínimo* para 30 días y *como máximo* para 90 días. Consulte la sección 2.3 para más información sobre el uso de nuestro servicio de pedido por correo.

Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté dentro de la red?
--------------------	--

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no pueda acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde puede obtener el surtido de sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede acudir a una farmacia de la red, aquí presentamos las circunstancias en las que sus recetas surtidas en una farmacia fuera de la red podrían estar cubiertas:

- Ejemplo 1: Está viajando fuera del área de servicio y pierde o se queda sin sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D, pero no puede acceder a una farmacia de la red.
- Ejemplo 2: Usted no puede obtener de manera oportuna un medicamento cubierto de la Parte D dentro de nuestra área de servicio debido a que, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Ejemplo 3: Usted debe surtir de manera oportuna una receta para un medicamento cubierto de la Parte D, y ese medicamento en particular (por ejemplo, un producto farmacéutico especializado que por lo general se envía directo de los fabricantes o proveedores especiales) no se abastece regularmente en farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red accesibles.
- Ejemplo 4: Obtiene medicamentos cubiertos de la Parte D suministrados por una farmacia de una institución fuera de la red mientras usted es un paciente en un departamento de emergencias, una clínica de proveedores, un centro quirúrgico ambulatorio u otro entorno ambulatorio y, por esta razón, no puede surtir sus medicamentos en una farmacia de la red.
- Ejemplo 5: Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que nuestros miembros sean evacuados o desplazados de sus lugares de residencia y no pueda esperarse razonablemente que obtengan sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

En estas situaciones, **verifique primero con Servicios al Miembro** para ver si hay una farmacia de la red en las cercanías. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

la contratapa de este folleto). Se le puede requerir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que hubiéramos cubierto en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso de parte del plan?

Si se ve en la obligación de usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) en el momento en el que surta su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (La sección 2.1 del capítulo 7 explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos figuren en la “Lista de Medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos “**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 debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, sección 1.1, se explica sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399.

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. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado).
- O tiene el respaldo de ciertos libros de referencia, como el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre Medicamentos de AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, funciona igual de bien que el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de Medicamentos?

La Lista de Medicamentos no incluye medicamentos recetados que están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan cubra ciertos tipos de medicamentos de Medicare (para más información al respecto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico figura en la Lista de Medicamentos?
--------------------	---

Existen dos maneras de saberlo:

1. Visitar el sitio web del plan(www.metroplusmedicare.org). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llamar 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. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen algunas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Para ciertos medicamentos recetados, algunas reglas especiales restringen cómo y cuándo tienen cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

también sirven para controlar los costos de los medicamentos en general, lo que hace que su cobertura de medicamentos resulte más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a tomar un medicamento que sea eficaz para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y cuyo costo sea menor funcione tan bien médicamente como un medicamento de costo mayor, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo. También es necesario cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare aplicables a la cobertura de medicamentos y a los costos compartidos.

Si existe una restricción sobre su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que cumplir pasos adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si desea que otorguemos una exención de la restricción en su caso, tendrá que utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con la exención de la restricción que usted solicite. (Consulte el capítulo 9, sección 7.2, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos según distintos factores, como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento que su proveedor de atención médica haya recetado (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una toma por día frente a dos tomas por día; comprimido frente a medicamento líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le presentan más información sobre los tipos de restricciones que usamos sobre ciertos medicamentos.

Aplicar restricciones sobre medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Normalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, aunque, por lo general, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Usualmente no cubrimos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección surtirán efecto en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento en su caso. Esto se conoce como “**autorización**”

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

previa". A veces, el requisito de obtener aprobación previa sirve de guía para el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no consigue esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le incentiva a que pruebe primero con otro medicamento que sea menos costoso, pero, por lo general, igual de eficaz 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 exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tomar restringiendo cuánto puede obtener cada vez que surta una receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar una píldora por día de un cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas reglas se aplican a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones que se describen anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a uno de los medicamentos que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.metroplusmedicare.org).

Si existe una restricción sobre su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que cumplir pasos adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si hubiera alguna restricción sobre el medicamento que desea obtener, póngase en contacto con Servicios al Miembro para averiguar qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que otorguemos una exención de la restricción en su caso, tendrá que utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con la exención de la restricción que usted solicite. (Consulte el capítulo 9, sección 7.2, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

SECCIÓN 5 **¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desearía que esté cubierto?**

Sección 5.1 **Existen alternativas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea**

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. De todas maneras, es posible que hubiera un medicamento recetado que está tomando actualmente, 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, tal vez, es posible que la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe un medicamento distinto primero para ver si resulta, antes de que se cubra el medicamento que usted desea. O podría haber límites sobre qué cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) tiene cobertura durante un período en particular. En algunos casos, puede desear que apliquemos una exención a la restricción en su caso.

Existen alternativas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea.

- Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, consulte la sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 **¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?**

Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o tiene alguna restricción, aquí le indicamos lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

- Puede solicitar una excepción y solicitarle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones sobre el medicamento.

Puede obtener un suministro temporal del medicamento

En algunas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el mismo no está incluido en la Lista de Medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. En ese caso, usted gana tiempo para conversar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y para planear qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con dos requisitos que se mencionan a continuación:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no figura en la Lista de Medicamentos del plan.**
- -- O bien -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está sujeto a alguna restricción** (la sección 4 de este capítulo explica las restricciones).

2. Usted debe encontrarse en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está hecha por menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 30 días del suministro del medicamento. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de atención a largo plazo proporcione menores cantidades del medicamento por vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que hayan estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se ha expedido para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal antes mencionada.
- **Para los miembros que hayan estado en el plan por más de 90 días, tienen un cambio en el nivel de cuidados y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se ha expedido para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal antes mencionada.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Puede o bien cambiar por un medicamento distinto que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento actual. En las secciones siguientes encontrará más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted o su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en la que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor informa que tiene razones médicas para justificar la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento a pesar de que no está incluido en la Lista de Medicamentos. Puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y el medicamento que está tomando va a eliminarse del formulario o sufrirá alguna restricción para el próximo año, le permitiremos que solicite una excepción al formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud (o la declaración del profesional que expide la receta apoyando su solicitud). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el capítulo 9, sección 7.4, le explicamos cómo hacerlo. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar a lo largo del año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre a principios de cada año (el 1.º de enero). Sin embargo, en el transcurso del año, el plan podría hacer cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Se agregan nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos retirar un medicamento de la lista porque se ha determinado su ineficacia.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los plazos según los cuales recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan inmediatamente?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios durante el actual año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones sobre el medicamento de marca, o ambas opciones)**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones.
- Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
- Usted o quien expida sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).
- Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, se puede retirar un medicamento repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se lo retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - El profesional que expide sus recetas también sabrá sobre este cambio y puede trabajar con usted para buscar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca; o podríamos cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso del cambio al menos con 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Después de recibir aviso del cambio, debe trabajar junto con su proveedor para cambiar a un medicamento distinto cubierto por nosotros.
- O usted o quien expida sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si disponemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si alguno de los siguientes cambios afecta un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico o a otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo sino hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna nueva restricción sobre su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año próximo y es importante que consulte la Lista de Medicamentos en el nuevo año de beneficios para ver si hay algún cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Ello significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos enumerados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se determina, mediante una apelación, que es un medicamento no excluido conforme a la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en específico. (Para obtener más información sobre la apelación de decisiones que hemos adoptado de no cubrir un medicamento, consulte el capítulo 9, sección 7.5 de este folleto). Si el medicamento excluido por su plan también está excluido en Medicaid, usted mismo debe pagarlo.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan usualmente no puede cubrir un uso por fuera de la indicación. Se entiende por “uso fuera de la indicación” cualquier uso distinto de aquel indicado en la etiqueta del medicamento, según la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura para un “uso fuera de la indicación” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia, como el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre Medicamentos de AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no cuenta con el respaldo de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de la indicación”.

También, por ley, estas categorías de medicamentos enumerados a continuación no están cubiertos por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos en su caso en virtud de la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399.

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir una receta, presente su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando presenta su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente le cobrará al plan nuestra parte de los costos de su medicamento recetado cubierto. Será necesario que usted pague a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Si la receta es solamente para un medicamento cubierto por Medicaid, debe mostrar la tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York en la farmacia.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan cuando vaya a surtir una receta, solicítele a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted tendrá que pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Puede **solicitar** el reembolso de nuestra parte del costo. Consulte la sección 2.1 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 pasa si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estancia que está cubierta por el plan?

Si se lo ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estancia. Una vez que se le diera el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos mientras estos cumplan con todas sus reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección referidas a las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El capítulo 6, *Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*, presenta más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre cuánto paga.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para determinar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, póngase en contacto con los Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro total será por un máximo de 31 días o menos si su receta está hecha para menos días. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de atención a largo plazo proporcione menores cantidades del medicamento por vez para evitar desperdicios). Si usted fue miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no aparece en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta se realizó para menos días.

Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. O, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la manera en la que usted desearía que estuviese cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el capítulo 9, sección 7.4, le explicamos cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está afiliado en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un laxante, un medicamento para las náuseas, para el dolor o la ansiedad que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos debido a que no está relacionado con su enfermedad terminal o afecciones afines, nuestro plan debe recibir una notificación de parte de quien expide la receta o del proveedor de su centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos al recibir los

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, usted puede solicitarle al proveedor de su centro de cuidados paliativos o al profesional que prescribe el medicamento que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que surta su prescripción.

En caso de que o bien revoque su elección del centro de cuidados paliativos o bien se le dé el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir cualquier demora en la farmacia cuando finalice su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar su documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes previas de esta sección que le informan las reglas para recibir cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. El capítulo 6, *Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*, presenta más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre cuánto paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de los 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 parte de nuestros miembros para garantizar que estén recibiendo atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Cada vez que usted surte una receta, nosotros hacemos una revisión. También hacemos una revisión de nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores en el medicamento
- Medicamentos que pudieran no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pudieran no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pudieran hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) del medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que con frecuencia se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso sea apropiado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, es posible que limitemos las formas en las que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explique las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. 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 cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y el profesional que expide sus recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes, o si está recibiendo cuidados terminales, paliativos o para el fin de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de atención complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa sirve para garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo los beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos de medicamentos altos o están en un DMP para poder usar los opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede conversar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o consulta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esa conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer usted para aprovechar al máximo sus medicamentos y también le proporciona espacio para que tome notas o escriba cualquier consulta de seguimiento. Además, recibirá una Lista de Medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y las razones por las cuales los toma. Además, los miembros que estén en el programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea contar con la revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y su Lista de Medicamentos a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Asimismo, lleve consigo una lista de los medicamentos (por ejemplo, con su identificación), en caso de que vaya al hospital o a una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Cuánto debe pagar por sus
medicamentos recetados de la Parte
D*

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	150
Sección 1.1	Use este capítulo junto con el resto de los materiales que explican su cobertura de medicamentos	150
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso que usted puede pagar por sus medicamentos cubiertos	151
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.....	151
Sección 2.1	¿Qué son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)?.....	151
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa se encuentra	153
Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual que denominamos <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”)	153
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	154
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	155
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta haber pagado \$480 por sus medicamentos.....	155
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte.....	156
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde surte su receta	156
Sección 5.2	Un cuadro que muestra sus costos para el suministro de un medicamento para un <i>mes</i>	156
Sección 5.3	Si su médico receta menos que un suministro mensual completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para todo el mes.....	157
Sección 5.4	Un cuadro que presenta sus costos para un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta por 90 días) de un medicamento	158
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,430	159

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de medicamentos genéricos	160
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen \$7,050.....	160
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso para los medicamentos recetados	161
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.....	163
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año.....	163
SECCIÓN 8	Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	163
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y por el costo de aplicación de la vacuna.....	163
Sección 8.2	Es posible que desee llamar a Servicios al Miembro antes de recibir la vacuna.....	165



¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos si recibe “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben “Ayuda Adicional” de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si usted forma parte del programa “Ayuda Adicional”, **es posible que una parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este anexo, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Dado que MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) participa en reducciones por costos compartidos en medicamentos recetados, usted puede ser elegible para una reducción o eliminación de su parte del costo de medicamentos de la Parte D. Si recibe "Ayuda Adicional", usted pagará un copago de \$0 para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) en las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapas de Deducible, Etapas de Cobertura Inicial, Etapas de Brecha en la Cobertura, Etapas de Cobertura Catastrófica*).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con el resto de los materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para decirlo fácil, cuando en este capítulo decimos “medicamento” nos referimos a medicamento recetado de la Parte D. Tal como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Para comprender la información del pago que le presentamos en este capítulo, es necesario que conozca los conceptos básicos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe medicamentos cubiertos. A continuación presentamos los conceptos básicos:

- **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para decirlo fácil, nos referimos a la “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El capítulo 5 presenta los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando recibe medicamentos recetados. El capítulo 5 también le informa qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por su plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para el suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que usted puede pagar por sus medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le presentamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos de desembolso que es posible que pague por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede solicitar un pago.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que surta una receta.
- “**Coaseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surta una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento

Sección 2.1 ¿Qué son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP)?

Tal como se presenta en el cuadro a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta una receta o vuelva a surtirla. Tenga en cuenta que usted siempre es

Capítulo 6. Cuánto debe **pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**

responsable de pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

<p>Etapa 1 <i>Deducible anual</i> <i>Etapa</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Cobertura inicial</i> <i>Etapa</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Brecha en la</i> <i>Cobertura</i> <i>Etapa</i></p>	<p>Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura</i> <i>Catastrófica</i></p>
<p>Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, su monto deducible será \$0 o bien \$99, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <p>(Consulte el “Anexo LIS” para confirmar el monto de su deducible).</p> <p><i>Si su deducible es \$0:</i> Esta etapa de pago no se aplica a su caso.</p> <p><i>Si su deducible es \$99:</i> Usted paga el costo total de sus medicamentos de marca hasta haber pagado \$99 por sus medicamentos.</p> <p>(La sección 4 de este capítulo presenta los detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos genéricos y usted paga un copago de \$0 por medicamentos genéricos.</p> <p>Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya cubierto su deducible, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de marca y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) totalicen \$4,430.</p> <p>(La sección 5 de este capítulo presenta los detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, debe pagar el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo por despacho) y un copago de \$0 por los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de desembolso personal” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció esta cantidad y las reglas para el recuento de costos para este monto.</p> <p>(La sección 6 de este capítulo presenta los detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(La sección 7 de este capítulo presenta los detalles).</p>

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó cuando surtió o volvió a surtir sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que controlamos:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo de “desembolso”.
- Hacemos un seguimiento de sus “costos totales de medicamentos”. Se trata del monto que paga de desembolsos o que pagan terceros en representación suya más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominada “EOB de la Parte D”) cuando ha tenido una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como por ejemplo los aumentos en sus precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Es conveniente que consulte con el profesional que expide la receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe le presenta los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Presenta los costos totales de medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted y otros en representación suya.
- **Totales para el año desde el 1ero. de enero.** Esto se denomina información “año hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales para sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información indicará el precio total del medicamento y todo cambio de porcentaje desde la primera vez que surta para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para hacer un seguimiento a sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros obtenidos de las farmacias. A continuación le explicamos cómo puede ayudarnos usted a mantener su información correcta y actualizada:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y qué está pagando, presente su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en las que es posible que usted pague sus medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer el seguimiento de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, es posible que deba entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya adquirido. (Si a usted se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague su parte del costo del medicamento. Consulte el capítulo 7, sección 2 de este folleto, para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo). Aquí presentamos algunos tipos de situaciones en las que usted posiblemente quiera entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando adquiera un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se entregan conforme al programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento
 - En cualquier momento en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
- **Envíenos la información sobre otros pagos que haya realizado.** Los pagos realizados por ciertos otros individuos y organizaciones también cuentan para los costos de desembolso y sirven para calificarlo para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado, un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las instituciones de beneficencia cuentan para sus costos de desembolso. Usted debe llevar registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer el seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe la *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, dele una mirada para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta información en nuestro informe, o si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Asegúrese de conservar estos registros. Son una constancia importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta haber pagado \$480 por sus medicamentos
--------------------	---

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, de manera tal que la Etapa de Deducible no se aplica a muchos de ellos. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, su monto deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba; según el caso:

- Usted no paga un deducible.
- --O bien-- usted paga un deducible de \$99.

Consulte el anexo (el “Anexo LIS”) para información sobre su monto deducible.

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible del plan, que es de \$480 para 2022.

- Su “**costo total**” por lo general es menor que el precio completo normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan empiece a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$480 por sus medicamentos, finalizará la Etapa de Deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde surte su receta
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su monto de copago o coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de dónde usted obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista que se encuentra en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no esté dentro de la red del plan
- Una farmacia con servicio para pedidos por correo del plan

Para más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2	Un cuadro que muestra sus costos para el suministro de un medicamento para un mes
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será o bien un copago o bien un coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surta una receta.
- **“Coaseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surta una receta.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago que se encuentra en la tabla, pagará el precio más bajo por el medicamento. Debe pagar el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el monto que sea menor*.
- Solo cubrimos sus recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

	Costos compartidos en proveedores minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro hasta para 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (un suministro hasta para 30 días)	Costos compartidos en centros de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles). (Un suministro hasta para 30 días)
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0
Todos los demás medicamentos	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo

Sección 5.3

Si su médico receta menos que un suministro mensual completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para todo el mes

Normalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar menos que el suministro de medicamentos para un mes. Puede haber momentos en los que desee solicitar a su médico que recete menos que el suministro de un medicamento para un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuyos efectos secundarios graves desconoce). Si su médico receta menos que un suministro mensual completo, no tendrá que pagar el costo del suministro para todo el mes para ciertos medicamentos.

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

El monto que paga cuando recibe menos que el suministro para un mes completo dependerá de que usted sea el responsable de pagar un coaseguro (el porcentaje de un costo total) o un copago (un monto fijo en dólares estadounidenses).

- Si usted es responsable del coaseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que su receta sea para el suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que todo el costo del medicamento será menos si recibe menos que el suministro para un mes completo, el *monto* que pague será menor.
- Si usted es responsable del copago por un medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que usted recibe. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el “arancel diario de costos compartidos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - Aquí presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (el suministro de 30 días) es de \$30. Ello significa que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si usted recibe el suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, por un pago total de \$7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento sea eficaz en su caso antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También le puede solicitar al médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, menos que el suministro para un mes entero de uno o más medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha para el surtido nuevo de diferentes recetas para de este modo tener que ir menos veces a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4	Un cuadro que presenta sus costos para un suministro a largo plazo (hasta por 90 días) de un medicamento
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando adquiera su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo alcanza hasta para 90 días. (Para obtener detalles acerca de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el capítulo 5, sección 2.4).

El cuadro a continuación presenta qué paga cuando recibe el suministro de un medicamento a largo plazo(hasta para 90 días).

Capítulo 6. Cuánto debe **pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**

Su parte del costo cuando recibe el suministro para *un largo plazo* de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

	Costos compartidos en proveedores minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro hasta para 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (un suministro hasta para 90 días)
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: - Copago de \$0
Todos los demás medicamentos	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.00 o -Copago de \$9.85 o -15% del costo

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,430

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto por los medicamentos recetados que haya surtido y vuelto a surtir alcance el **límite de \$4,430 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que pagó y en lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con la primera compra del medicamento del año. (Consulte la sección 6.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso). Esto incluye:
 - El monto total que pagó cuando se encontraba en la Etapa de Deducible, que es \$0 o \$99.
 - El total abonado como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Qué pagó el plan** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted se encuentra inscrito en un plan diferente de la Parte D en

Capítulo 6. Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

cualquier momento durante 2022, el monto que haya pagado ese plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos nos ayudará a hacer el seguimiento de cuánto pagaron usted y el plan, así como también cualquier tercero, en representación suya durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 durante el año.

Le informaremos si alcanza el monto de \$4,430. Si usted alcanza este monto, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha en la Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen \$7,050
--------------------	---

Cuando se encuentra en la Etapa de Brecha en la Cobertura, el Programa de Descuentos de la Brecha en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fábrica sobre medicamentos de marca. Debe pagar el 25% del precio negociado y una parte del cargo por despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto que descuenta el fabricante cuentan para sus costos de desembolso personal como si los hubiera pagado y se pueden pasar a la brecha en la cobertura.

Usted también recibe cobertura para medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo para los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para sus costos de desembolso. Solo cuenta el monto que usted paga y que pasa a la brecha en la cobertura.

Dado que MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) participa en reducciones por costos compartidos en medicamentos recetados, usted puede ser elegible para una reducción o eliminación de su parte del costo de medicamentos de la Parte D. Si recibe "Ayuda Adicional", usted pagará un copago de \$0 para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) en la Etapa de Brecha en la Cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anual alcanzan un monto máximo establecido por Medicare. En 2022, ese monto es de \$7,050.

Medicare cuenta con reglas sobre qué cuenta y *qué no* cuenta como sus costos de desembolso. Cuando usted alcanza un límite de desembolso de \$7,050, finaliza la Etapa de Brecha en la Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso para los medicamentos recetados
--------------------	---

Aquí presentamos las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos el seguimiento de sus costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Cuando usted suma sus costos de desembolso, **puede incluir** los pagos enumerados a continuación (mientras formen parte de los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted cumpla con las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5 de este folleto).

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Brecha en la Cobertura
- Cualquier pago realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted mismo** hizo estos pagos, los mismos se incluyen en sus costos de desembolso.
- Estos pagos también *están incluidos también* si se hacen en representación suya por **ciertos otros individuos u organizaciones**. Esto incluye pagos por medicamentos que usted hizo por un amigo o familiar, por la mayoría de las entidades de beneficencia, por los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado que está calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos de la Brecha en la Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos de marca no está incluido.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en representación suya) haya gastado un total de \$7,050 en costos de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha en la Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

Cuando usted suma sus costos de desembolso, **no se le permite** incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos para sus medicamentos recetados:

- El monto que paga usted por su prima mensual.
- Los medicamentos que haya comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan en cuanto a cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y demás medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- El pago realizado por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras está en la Brecha de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que son realizados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud de empleadores.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos de medicamentos realizados por terceros con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización del trabajador).

Recuerde: Si cualquier organización como las enumeradas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso para medicamentos, usted debe avisarle a nuestro plan. Llame a Servicios al Miembro para informarnos al respecto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Cómo puede hacer el seguimiento de su desembolso total?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resume de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso. (La sección 3 de este capítulo se refiere a este informe). Cuando alcanza un total de \$7,050 en costos de desembolso personal en el año, este informe le indicará que pasó de la Etapa de Brecha en la Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre qué ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año
--------------------	---

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso alcancen el límite de \$7,050 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año calendario.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, sus costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:

- \$0; *o*
- \$0 para un medicamento genérico o para un medicamento que se considera un medicamento genérico y \$9.85 para todos los demás medicamentos; *o*
- Un copago o un coaseguro, el monto que sea *mayor*:
 - –O– un coaseguro del 5% del costo del medicamento.
 - –O *bien*– un monto de \$3.95 para un medicamento genérico o para un medicamento que se considera un medicamento genérico y de \$9.85 para todos los demás medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto del costo.**

Consulte el anexo (el “Anexo LIS”) para información sobre sus costos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y por el costo de aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan brinda cobertura de una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consulte el Cuadro de Beneficios Médicos de la sección 2.1. del capítulo 4

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicación de la vacuna**. (A veces se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Qué paga de la vacuna de la Parte D?

Lo que paga de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se le aplica la vacuna).
 - Se considera que algunas vacunas tienen beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas consultando el capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.
 - Las demás vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar una lista de estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. ¿Quién le aplica la vacuna?**

Lo que paga al momento de la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces cuando obtiene la vacuna, tendrá que pagar el costo entero tanto del medicamento de la vacuna como de la aplicación de la vacuna. Puede solicitarle a nuestro plan que reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.
- Otras veces, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, a continuación presentamos tres maneras comunes en las que podría obtener la vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluso su administración) durante la Etapa de Deducible de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Usted goza de esta opción según dónde viva. En algunos estados, no se permite que las farmacias apliquen la vacuna).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su coaseguro o del copago por la vacuna y el costo de aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Le reembolsaremos el monto que usted pagó menos su coaseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por su médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Es posible que desee llamar a Servicios al Miembro antes de recibir la vacuna
--------------------	--

Las reglas concernientes a la cobertura de vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro siempre que planea recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

- Le podemos informar acerca de cómo está cubierta la vacuna por nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- Le podemos informar cómo cuidar su propio costo recurriendo a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitar el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	168
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	168
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted ha recibido	170
Sección 2.1	Cómo y dónde enviar su solicitud de pago.....	170
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y responderemos por sí o por no	171
Sección 3.1	Verificamos si debiéramos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos	171
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos una parte o la totalidad de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación..	172
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debería conservar sus recibos y enviarnos copias	173
Sección 4.1	En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso.....	173

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que hubiera recibido, debería enviarnos esta factura para que la podamos pagar. Cuando usted nos envía la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios debieran cubrirse. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan el reembolso (reembolso significa que le “devolvemos” a usted). Usted tiene derecho al reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían cubrirse. Si decidimos cubrirlos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

A continuación presentamos ejemplos de situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido.

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 de parte de cualquier proveedor ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. Cuando usted recibe servicios necesarios de emergencia o urgencia de parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debería solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted mismo paga la totalidad del monto al momento en que recibe la atención, será necesario que nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación que acredite el pago que hubiera hecho.
- Por momentos, es posible que reciba una factura de un proveedor que solicite un pago que, en su opinión, no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación que acredite el pago que ya hubiera hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos **que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que en su opinión no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Sin embargo, a veces, cometen errores y le piden que pague su parte del costo.

- Usted solo debe pagar su monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca pague más que su monto de costos compartidos) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos que lo que cobra el proveedor por un servicio y si surge una controversia y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Este es el caso incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Para obtener más información acerca de la “facturación de saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.6.
- Cuando usted recibe una factura de un proveedor de la red que, en su opinión, es superior a lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de la facturación.
- Si usted ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación que acredite el pago que hubiera hecho. Debería solicitarnos el reembolso de la diferencia entre el monto pagado y el monto que usted debía conforme al plan.

3. Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción pudo haber ocurrido incluso el año anterior).

Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan y usted pagó desembolsos por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo del medicamento. Será necesario que nos presente los documentos para gestionar el reembolso. Póngase en contacto con Servicios al Miembro para información adicional acerca de cómo solicitarnos un reembolso y acerca de los plazos para hacer una solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

4. Cuando hace uso de una farmacia fuera de la red para obtener el surtido de una receta

Si usted recurre a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda hacernos directamente la reclamación a nosotros. En ese caso, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos sus recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en algunas situaciones especiales). Consulte

Capítulo 7. Cómo solicitarnos **que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

el capítulo 5, sección 2.5, para más información). Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no obtiene de inmediato la información de la inscripción que necesita, es posible que usted mismo deba pagar el costo total de la receta. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo.

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

Es posible que deba pagar el costo total de una receta debido a que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, o podría estar sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o que no pensaba que se aplicaría a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de parte de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debería cubrirse. A esto se le conoce como "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este folleto, *Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*, cuenta con información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviar su solicitud de pago
--

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación que acredite cualquier pago que hubiera hecho. Es recomendable hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos.

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, nos ayudaría a procesar la información con mayor rapidez.
- O bien descargue una copia del formulario de nuestra página web (www.metroplusmedicare.org) o bien llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Para solicitar el **pago de los costos médicos**, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos de los pagos a esta dirección:

MetroPlus Health Plan
Complaints Manager
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

Para solicitar el **pago de los costos de los medicamentos**, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos de los pagos a esta dirección:

CVS Caremark
Paper Claims Department – RxClaim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Usted debe presentar su reclamación dentro del mismo año de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Póngase en contacto con Servicios al Miembro si tiene consultas (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si usted no sabe qué debería haber pagado o si recibió facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea suministrar más información sobre una solicitud de pago que nos haya enviado anteriormente.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos por sí o por no

Sección 3.1 Verificamos si debíamos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento deberían estar cubiertos y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El capítulo 3 explica las reglas que debe cumplir para recibir servicios médicos dentro de la cobertura. El Capítulo 5 explica las reglas que debe cumplir para recibir medicamentos recetados de la Parte D dentro de la cobertura).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* deberían estar cubiertos o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta explicativa de las razones por las cuales no estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos una parte o la totalidad de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	---

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo 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.

Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este folleto, *Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si la presentación de una apelación es algo nuevo para usted, le resultará útil consultar la sección 5 del capítulo 9. La sección 5 es una parte introductoria que explica el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones y presenta definiciones tales como el término “apelación”. Luego de haber leído la sección 5, puede dirigirse a la sección del capítulo 9 que le informa qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para obtener un reembolso por un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para obtener un reembolso por un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debería conservar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso
--------------------	--

Existen algunas situaciones en las que debería permitirnos saber sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En su lugar, nos está informando sobre sus pagos a fin de que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso. Ello puede ser de ayuda para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

A continuación, presentamos un ejemplo de situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para permitirnos saber sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento.

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento que se encuentra por fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por el fabricante de un medicamento, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para que podamos contabilizar sus gastos de desembolso para calificarlo en la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: dado que está obteniendo su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente, y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia de los recibos, nos permite calcular sus costos de desembolso correctamente y ello puede ser de ayuda para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Debido a que no nos está solicitando el pago en el caso anterior, se considera que esta situación es una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	176
Sección 1.1	Nosotros debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)	176
Sección 1.1	Nosotros debemos proporcionarle información de una manera que le sea práctica (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)	176
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	177
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	177
Sección 1.4	Nosotros debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	178
Sección 1.5	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	180
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitarnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado	182
Sección 1.7	Qué hacer si usted cree que el trato que recibe no es justo o sus derechos no están siendo respetados	183
Sección 1.8	Cómo obtener más información acerca de sus derechos	183
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	184
Sección 2.1	Cuáles son sus responsabilidades	184

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Nosotros debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información de una manera que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos para responder las preguntas de los miembros incapacitados y que no hablan inglés. Nuestros materiales escritos importantes se encuentran disponibles en otros idiomas aparte del inglés a pedido. También podemos darle la información en Braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante el plan (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este envío por correo, o puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para obtener información adicional.

Sección 1.1	Nosotros debemos proporcionarle información de una manera que le sea práctica (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	---

Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información de una manera que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos para responder las preguntas de los miembros incapacitados y que no hablan inglés. Nuestros materiales escritos importantes se encuentran disponibles en otros idiomas aparte del inglés a pedido. También podemos darle la información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante el plan (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este envío por correo, o puede comunicarse con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos (el capítulo 3 le explica mejor al respecto). Llame a Servicios al Miembro para enterarse de qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Usted también tiene derecho a ir a un médico especialista en mujeres (como un ginecólogo) sin una remisión.

Como miembro del plan, 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 proporcionados por especialistas de manera oportuna cuando lo necesita. 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, sección 11, le explica qué hacer. (Si le hemos denegado cobertura por su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el capítulo 9, sección 5, le indica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud, según lo exigen esas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y demás información médica y referida la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le confieren derechos con relación a la obtención y el control sobre cómo se utiliza la información referida a su salud. Le proporcionamos un aviso por escrito denominado “Aviso de Prácticas de Privacidad” que le informa acerca de estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de la información referida a su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información referida a su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver ni modificar sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si damos a conocer información sobre su salud a personas que no estén brindando atención ni están pagando por ella, *se nos exige que obtengamos en primer lugar un permiso por escrito de su parte*. El permiso por escrito puede ser proporcionado por usted o por alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige que revelemos información referida a la salud a organismos del estado que están verificando la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que le proporcionemos a Medicare la información referida a su salud, incluida información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare revela su información para fines de investigación u otros usos, ello se realizará de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información de sus registros y enterarse de cómo se comparte con terceros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que se mantienen en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacerle copias. También tiene derecho a solicitarnos agregados o correcciones en sus registros médicos. Si usted nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica y decidiremos si los cambios deben efectuarse.

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 inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

Como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), usted tiene derecho a obtener la información de nuestra parte en diferentes formas. (Tal como se explica arriba en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nuestra parte de una manera que a usted le sirva. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las Calificaciones de Estrellas del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información acerca de los proveedores de la red, incluso las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a recibir información de nuestra parte sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y farmacias dentro de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias de MetroPlus Medicare para MetroPlus Advantage Plan y MetroPlus Platinum Plan.
 - Para obtener más información detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utilice la cobertura.**
 - En los capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que tiene cubiertos, las restricciones en su cobertura y cuáles son las normas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 5 y 6 de este folleto, más la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones sobre la cobertura de determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- **Información sobre el motivo por el cual algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si la cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene el derecho a esta explicación incluso si usted recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.

- Si usted no está conforme o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene el derecho de solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte el capítulo 9 de este folleto. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El capítulo 9 también le informa sobre cómo presentar un reclamo acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea pedirle al plan que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica
--------------------	---

Usted tiene 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 atención médica le proporcionen información completa cuando usted busque atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted pueda comprenderlas*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene el derecho a ser informado sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, más allá de su costo o del hecho de que estén cubiertas. También incluye el derecho a ser informado sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos en su atención. Usted debe recibir información por adelantado si cierta atención médica propuesta o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rehusarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. Usted también tiene derecho a detener el consumo de un medicamento. Claro que, si usted rechaza un tratamiento o deja de consumir un medicamento, usted acepta completamente la responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le demos explicaciones si un proveedor le ha denegado atención

que usted cree debería recibir. Para recibir una explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El capítulo 9 de este folleto explica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a accidentes o a enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que usted quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgar a una persona la autoridad legal a tomar decisiones médicas en su nombre** si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** acerca de cómo desea usted que maneje su atención médica si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para proporcionar instrucciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**directivas anticipadas**”. Hay varios tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para el mismo documento. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder para decisiones de atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea usar una “directiva anticipada” para dar instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea tener una directiva anticipada, puede obtener el formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información a las personas sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Usted también debe entregar una copia del formulario a su médico o a la persona que usted designa como la persona encargada de tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

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

- Si es ingresado en el hospital, le preguntarán si usted ha firmado un formulario de directiva anticipada y si usted lo tiene a la mano.

- Si usted no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y el personal del hospital le preguntará si usted desea firmar uno.

Recuerde: es decisión suya el firmar un formulario de directiva anticipada (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede denegarle la atención o discriminarlo en base a si ha firmado una directiva anticipada o no.

¿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 un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York:

The New York State Department of Health
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, NY 12237-0062
1-800-206-8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitarnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene problemas o inquietudes sobre los servicios o cuidados cubiertos, el capítulo 9 de este folleto le informa qué debe hacer. Le brinda detalles sobre cómo abordar todos los tipos de problemas y reclamos. Qué debe hacer para realizar un seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Puede solicitar al plan que tome una decisión de cobertura, puede presentar una apelación ante nuestra institución para que modifiquemos una decisión de cobertura, o puede presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga –solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo– **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información acerca de las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.7	Qué hacer si usted cree que el trato que recibe no es justo o sus derechos no están siendo respetados
--------------------	--

Si se trata de una situación de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si piensa que no ha sido tratado de una manera justa o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por otro motivo?

Si usted cree que no ha sido tratado de una manera justa o que sus derechos no han sido respetados y **no** se trata de una discriminación, puede obtener ayuda para abordar su problema:

- **Comuníquese con Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (StateHealthInsuranceAssistanceProgram, SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el capítulo 2, sección 3.
- O bien, 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.

Sección 1.8	Cómo obtener más información acerca de sus derechos
--------------------	--

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- **Comuníquese con Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (StateHealthInsuranceAssistanceProgram, SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar el documento “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Cuáles son sus responsabilidades
--

A continuación, presentamos aquello que necesita saber como miembro del plan. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtener los 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 dan detalles sobre los servicios médicos, incluso qué está cubierto, qué no está cubierto, las normas por las que usted debe regirse y los montos que pagará.
 - Los capítulos 5 y 6 contienen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Tiene la obligación de informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico u otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan.** Póngase en contacto con Servicios al Miembro para informarnos al respecto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
 - Nosotros estamos obligados a regirnos por las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté utilizando la totalidad de su cobertura combinada cuando recibe servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte el capítulo 1, sección 7).
- **Informe a su médico y a sus demás proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores a que le brinden la mejor atención, obtenga la mayor cantidad posible de información sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que ellos necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes e instrucciones de tratamientos que usted y sus médicos han acordado.

- Asegúrese de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que toma, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Si usted tiene preguntas, no dude en preguntar. Sus médicos y demás proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera tal que usted pueda comprenderlas. Si usted hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera tal que ayude a que el consultorio del médico, hospitales y demás consultorios operen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ello de manera automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para permanecer como miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Puede pagar un copago (un monto fijo) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le dice cuánto debe pagar por los servicios médicos. El capítulo 6 le dice cuánto debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si usted recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 9 de este folleto para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.
 - Si usted debe pagar un monto extra para la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), usted debe pagar el monto extra directamente al gobierno para permanecer como miembro de nuestro plan.
- **Si se muda, deberá comunicarnoslo.** Si tiene previsto mudarse, es importante que nos lo informe inmediatamente. Póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
 - **Si se muda a un lugar fuera del área de servicios de nuestro plan, ya no podrá ser miembro de nuestro plan.** (Puede encontrar información acerca de nuestra área de servicios en el capítulo 1). Podemos ayudar a determinar si usted está mudándose a un lugar fuera de nuestra área de servicios.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos saberlo de todas formas** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado para poder comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que le informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el capítulo 2.
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo contactarse con nosotros, incluso nuestra dirección de correo, consulte el capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué hacer si tiene un problema
o reclamo (decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1	Introducción.....	191
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o reclamo	191
Sección 1.2	¿Qué hay con los términos legales?	191
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	192
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	192
SECCIÓN 3	Para abordar su problema, ¿qué proceso debería usar?	193
Sección 3.1	¿Debería usar el proceso para los beneficios de Medicare o para los beneficios de Medicaid?	193
	PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	194
SECCIÓN 4	Cómo resolver los problemas sobre los beneficios de <u>Medicare</u>.....	194
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O bien, ¿debería usar el proceso para presentar reclamos?.....	194
SECCIÓN 5	Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	195
Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general..	195
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	196
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le ofrece detalles para su situación?	197
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	198
Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de la atención médica o si desea solicitarnos un reintegro de parte del costo de su atención.....	198
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar al plan que autorice o provea cobertura de atención médica que desea).....	199
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	203
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2.....	207

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos?	210
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	211
Sección 7.1	Esta sección explica qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento de la Parte D.....	211
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	213
Sección 7.3	Puntos importantes para tener en cuenta cuando solicita excepciones	215
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.....	215
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	219
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	222
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto	224
Sección 8.1	Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos	225
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	226
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	230
Sección 8.4	¿Qué sucede si se le vence el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	231
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	234
Sección 9.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:</i> Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)	234
Sección 9.2	Le informaremos por adelantado cuándo finaliza su cobertura	235
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	235
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	238
Sección 9.5	¿Qué sucede si se le vence el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	239

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	242
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	242
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	244
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes	245
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos? ...	245
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar un reclamo” es “presentar una queja formal”.....	248
Sección 11.3	Paso a paso: Presentar un reclamo	248
Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.....	249
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo	250
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....		250
SECCIÓN 12	Cómo resolver los problemas sobre sus beneficios de <u>Medicaid</u>.....	250

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o reclamo
--------------------	---

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted utilizará para resolver su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema se debe a beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si va a utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso para presentar reclamos**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y un manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

¿Cuál de ellos va a usar? La guía en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar.

Sección 1.2	¿Qué hay con los términos legales?
--------------------	---

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y es posible que resulten difíciles de entender.

Para decirlo de manera sencilla, este capítulo explica normas y procedimientos legales usando palabras más sencillas de determinados términos legales. Por ejemplo, por lo general este capítulo dice “presentar un reclamo” en vez de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces muy importante– que sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté abordando un problema y para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le damos detalles para resolver determinadas situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

En ocasiones, puede ser confuso iniciar o llevar adelante el proceso para tratar un problema. Este puede ser el caso especialmente si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, es posible que usted no cuente con el conocimiento que necesita para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede contactarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (StateHealthInsuranceAssistanceProgram, SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. Este programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información, y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el capítulo 2, sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede contactarse con Medicare. A continuación, presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede contactarse con Medicaid del estado de Nueva York. Para obtener información directamente de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399.

SECCIÓN 3 Para abordar su problema, ¿qué proceso debería usar?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para los beneficios de Medicare o para los beneficios de Medicaid?

Puesto que usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, cuenta con diferentes procesos para manejar su problema o reclamo. Qué proceso usará dependerá de si el problema se debe a beneficios de Medicare o a beneficios de Medicaid. Si su problema se debe a un beneficio cubierto por Medicare, entonces debería usar el proceso de Medicare. Si su problema se debe a un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debería usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si va a utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debería leer, use el cuadro que aparece abajo.

Para averiguar qué parte de este capítulo ayudará con su problema o inquietud específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema se relaciona con beneficios de Medicare o con beneficios de Medicaid?

(Si desea obtener ayuda para decidir si su problema se relaciona con beneficios de Medicare o con beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicios al Miembro. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).

Mi problema está relacionado con beneficios de **Medicare**.

Consulte la próxima sección de este capítulo, **Sección 4, “Cómo resolver los problemas sobre los beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo resolver los problemas sobre los beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo resolver los problemas sobre los beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O bien, ¿debería usar el proceso para presentar reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamos sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para averiguar qué parte de este capítulo ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

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

(Esto incluye problemas para determinar si cierta atención médica o medicamentos recetados están o no cubiertos, la modalidad de dicha cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Consulte la próxima sección de este capítulo, **sección 5, “Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la sección **11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso problemas relacionados con el pago. 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

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. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagaremos nosotros. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando usted recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. 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 médico antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con dicha decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con la decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si respetamos todas las normas adecuadamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión no favorable original. Luego de completar la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de la decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si denegamos la totalidad o parte de la Apelación de Nivel 1, puede pedir una Apelación de Nivel 2. Una Apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no se relaciona con nosotros.

- En algunas situaciones, se enviará su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, tendrá que solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo, para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión en el Nivel 2 de Apelación, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación, presentamos recursos que quizá desee usar si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

- **Llámenos a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar la solicitud en su nombre.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, automáticamente será enviada al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expida la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que expida la receta debe ser designado como su representante.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **También puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si usted lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que ya haya alguien legalmente autorizado a actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) 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 en www.metroplusmedicare.org.) El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho de contratar a un abogado para que actúe como su representante.** Puede contactarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno en el Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos indicados. Sin embargo, **no necesita contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le ofrece detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de 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 determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*se aplica a los siguientes servicios únicamente*: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral [ComprehensiveOutpatientRehabilitationFacility, CORF]).

Si no está seguro qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede obtener ayuda o

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

información de las organizaciones gubernamentales, tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (El Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono de este programa).

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



¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía de “conceptos básicos” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, quizá desee leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de la atención médica o si desea solicitarnos un reintegro de parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para que sea más sencillo, generalmente decimos “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en vez de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” todo el tiempo. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos se aplican reglas diferentes a una solicitud de medicamentos recetados de la Parte B. En esos casos le explicaremos las diferencias entre las reglas de los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe determinada atención médica que desea y a su criterio está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor desea brindarle y, a su criterio, la atención está cubierta por nuestro plan.
3. Usted ha recibido atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea que nuestro plan le reembolse lo que pagó por esta atención.
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.
 - **NOTA: Si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF), debe**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

leer una sección distinta de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. En esas situaciones, debe leer lo siguiente:

- 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 determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: atención médica a domicilio y atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF).
- Para *todas* las demás situaciones que implican ser informado que la atención médica que ha estado recibiendo se cancelará, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Desea saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura en su nombre. Consulte la próxima sección de este capítulo, Sección 6.2.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera.	Puede presentar una apelación . (Esto quiere decir que nos solicita que reconsideremos). Salte a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le otorguemos un reembolso por la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Salte a la sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar al plan que autorice o provea cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

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

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Puede pedir al plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” es una “ determinación acelerada ”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que usted desea

- En primer lugar, llame, escriba o envíe un fax al plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede hacerlo.
- Para conocer los detalles sobre cómo contactarse con nosotros, diríjase a la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando informamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud se refiere a **un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud.

- En el caso de una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si nos solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si su**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **En el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si determinamos que nos falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para obtener la información que precisamos para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica *que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud se relaciona con el pago de servicios de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si su médico nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente accederemos a otorgarle 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 otorguemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y se utilizarán los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le explicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre la decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”.

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Tal como se explica arriba, en determinadas circunstancias, podemos tomarnos 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o en caso de que haya un plazo extendido, al finalizar tal período), o dentro de las 24 horas si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene el derecho de apelar. La Sección 6.3 le explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo de la denegación.

Plazos para una decisión “estándar” de cobertura

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud**. Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** desde la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un “plazo extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario (o en caso de que haya un plazo extendido, al finalizar tal período), o dentro de las 72 horas si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene el derecho de apelar. La sección 6.3 le explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito del motivo de la denegación.**

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos, tiene derecho de solicitarnos que reconsideremos –y quizá cambiemos– esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa que otra persona trate de obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (Consulte la sección 6.3 abajo).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Puede ponerse en contacto con nosotros y presentar una apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, solicite una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener información sobre cómo contactarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, diríjase a la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su solicitud de una apelación estándar por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación al número que aparece en el capítulo 2, sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si otra persona que no es su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario Designación de un Representante que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario “Designación de un representante”. 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.metroplusmedicare.org. 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 los 44 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión respecto de su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si sucede esto, le enviaremos un aviso por escrito en donde le explicaremos su derecho de solicitar a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene motivos valederos para su incumplimiento, explique las razones del retraso de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo serían: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica o agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede solicitarla llamándonos por teléfono)

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada” .

- Si usted apela una decisión que tomamos respecto de la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se encuentran anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos comunica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, observamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si nos solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta sobre la solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación, si su apelación trata sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta **14 días calendario adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluso reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado anteriormente (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales para contestar a su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de un plazo de 30 días calendario si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario** si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si nuestro plan responde negativamente a su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

- Si respondemos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestras decisiones de su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se denomina la “**IRE**” (**IndependentReviewEntity**).

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros le enviamos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar 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 reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si le han otorgado una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si le han otorgado una apelación rápida en nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si le han otorgado una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si le han otorgado una apelación estándar en nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud se refiere a 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 los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará sus motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a una solicitud de artículo o servicio médico**, nosotros debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas**, o
 - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes estándar**, o

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- proporcionar el servicio en un plazo de **72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a una solicitud de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**, nosotros debemos:
 - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare que es objeto de la controversia **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes estándar**, o
 - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización deniega parte o toda la apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debería aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para realizar una apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede realizar otra apelación y esto significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con determinados requisitos, usted decide si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Consulte la Sección 10 de este capítulo para mayor información.
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con determinados requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea proseguir con el Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto aparecen en el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos?
--------------------	---

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si usted recibe una factura superior a su copago por servicios o artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura a nosotros. **Usted no debe pagar esa factura.** Nosotros nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de servicios de salud si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedir que tomemos una decisión de cobertura

Si usted nos envía documentación en la que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es por un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si usted siguió todas las normas para usar la cobertura de la atención médica (estas normas se establecen en el capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente a su proveedor. Cuando enviamos el pago, significa que respondimos *afirmativamente* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En vez, le enviaremos una carta explicando que no pagaremos los servicios y los motivos de la decisión en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, significa que respondimos *negativamente* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el pago, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura adoptada cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la sección 5.3. Diríjase a esta sección para acceder a instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si usted presenta una apelación para un reembolso, nosotros le daremos una respuesta en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que recibimos su apelación. (Si solicita un reembolso por atención médica que ya recibió o pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 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 en un plazo de 60 días calendario.

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



¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía de “conceptos básicos” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, quizá desee leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1	Esta sección explica qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Remítase a la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Para que esté cubierto, se debe usar el medicamento para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha recibido aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o aval de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para que sea más sencillo, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir “medicamento recetado como paciente ambulatorio cubierto” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo.
- Para acceder a más detalles sobre a qué nos referimos con *Medicamentos cubiertos de la Parte D (Formulario)*, las normas y restricciones sobre la cobertura e información sobre el costo, consulte el capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el capítulo 6 (*Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se explicó en la sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluso:
 - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
 - Nos solicita que eliminemos una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le comunica que su receta no puede surtir tal como está, usted recibirá de la farmacia un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

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

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que otorguemos una exención de una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.	Usted nos puede pedir que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura. Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Usted puede solicitar un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera.	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos solicita que reconsideremos). Salte a la sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico o el profesional que le prescribe deberá explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, mostramos dos ejemplos de excepciones que pueden solicitarnos usted, su médico o el profesional que expide sus recetas:

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. **Que cubramos un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La llamamos la “*Lista de Medicamentos*” para abreviar).

Términos legales

Solicitar que se cubra un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto de los costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Que eliminemos una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Hay normas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
--

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan antes* de que acordemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que cubramos el medicamento solicitado. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay ciertas restricciones a la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3 Puntos importantes para tener en cuenta cuando solicita excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o el profesional que le prescribe debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya la información médica de su médico u otro profesional que le prescribe cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Generalmente, si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Por lo general, si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación es válida hasta que finalice el año del plan. Esto se mantiene siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si denegamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de la decisión presentando una apelación. La Sección 7.5 de este capítulo le explica cómo presentar una apelación si denegamos su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento(s) o el pago que necesita. Si su estado de salud lo requiere, debe solicitar una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reintegro por un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llame, escriba o envíe un fax al plan para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expida la receta) puede hacerlo. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través del sitio web. Para obtener información sobre cómo contactarse con nosotros, diríjase a la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo contactarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte*

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- D.* O si nos solicita el reembolso por un medicamento, busque la sección denominada *Dónde enviar una solicitud para el pago de nuestra parte del costo de un servicio de atención médica o un medicamento que ha recibido.*
- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
 - **Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
 - **Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”.** Su médico o el profesional que expide la receta debe explicarnos las razones médicas para solicitar una excepción para el medicamento. (A esto lo llamamos la “declaración de respaldo”). Su médico o el profesional que prescribe puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico o el profesional que prescribe puede informarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para más información sobre las solicitudes de excepciones.
 - **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.
 - Para enviar solicitudes de determinación de cobertura de manera electrónica, visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org y oprima la página de Reclamos, Determinación de cobertura y Apelaciones.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” es una “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando informamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 24 horas desde la recepción de la declaración del médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no recibió*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reintegro por un medicamento que ya compró).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si su médico u otro profesional que prescribe nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente accederemos a otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que prescribe), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y se utilizarán los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le explicará que, si su médico u otro profesional que prescribe solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le explicará cómo presentar un reclamo sobre la decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le informa cómo presentar un reclamo “rápido” que significa que le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas desde la recepción del reclamo. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”.

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 24 horas desde la recepción de su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así 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. En la Sección 7.6 de este Capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.

(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **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 nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así 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. En la Sección 7.6 de este Capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud:**
 - Si aprobamos la solicitud de cobertura, 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.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- 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. En la Sección 7.6 de este Capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **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.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos, tiene derecho a presentar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una “ redeterminación ” del plan.
--

Paso 1: Puede ponerse en contacto con nosotros y presentar una Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, solicite una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro profesional que prescribe) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para conocer los detalles de cómo contactarse con nosotros por teléfono, fax, correo o, en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya al capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada: *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su solicitud de una apelación por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación al número que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*).
- **Si usted solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en la sección 1 del capítulo 2**(*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*).

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **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.
- Para enviar solicitudes de determinación de cobertura de manera electrónica, visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org y oprima la página de Reclamos, Determinación de cobertura y Apelaciones.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo serían: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que prescribe pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que prescribe deberán decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, observamos detenidamente toda la información sobre su solicitud 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 prescribe para obtener más información.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación y lo que debe hacer si desea apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si usted no ha recibido aún el medicamento y su afección médica lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le damos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado con la prontitud que su salud lo requiere, pero **no después de 7 días calendario** luego de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviar el pago dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación y lo que debe hacer si desea apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le damos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este Capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **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.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial con respecto a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo de la denegación. También le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si respondemos negativamente a su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o continúa y presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación ingresará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea abajo).

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si respondemos negativamente a su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o continúa y presenta otra apelación. Si usted decide proseguir con la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina la “ IRE ” (IndependentReviewEntity).

Paso 1: Para hacer una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro profesional que prescribe) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos negativamente a la Apelación de Nivel 1, el aviso escrito incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán cómo puede presentar una Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactarse con la organización de revisión.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, nosotros le enviamos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y brinda una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará sus motivos.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida,” deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de **las 72 horas siguientes** a la recepción de su solicitud de apelación.
- **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.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que aprobó la organización

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 aprueba una solicitud de un reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviar el pago dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización respalda nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para realizar una apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura del medicamento debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamento que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede realizar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor monetario que debe ser objeto de la controversia para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted decide si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con determinados requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea proseguir con el Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico 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. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluso las limitaciones de la

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

cobertura, consulte el capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar más tiempo de hospitalización, y se analizará su solicitud. Esta sección le explica cómo presentar la solicitud.

Sección 8.1	Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos
--------------------	--

Durante su hospitalización cubierta, usted recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe entregárselo dentro de los dos días desde que usted ingresa. Si no le entregan el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea en detalle este aviso y realice preguntas si no lo comprende.** El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, entre los que se incluyen:
 - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién la pagará
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención que brinda el hospital
 - Su derecho a apelar la decisión de su alta si usted piensa que le están dando el alta del hospital muy pronto

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata 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. (La Sección 8.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

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 Sección 5.2 de este capítulo informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante).
 - Al firmar el aviso, *solo* se demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.
3. **Conserve su 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 del día en que deja el hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede comunicarse con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a 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 que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta organización verifica que su fecha de alta planificada sea médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina una “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2, sección 4 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad antes de retirarse del hospital y **antes de la medianoche del día en el que reciba el alta.** (La “fecha programada para su alta” es la fecha que se establece para que se retire del hospital).
 - usted cumple con este plazo, tiene permitido permanecer en el hospital *después* de la fecha de su alta *sin pagar* mientras usted espera la decisión de su apelación por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - Si usted *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada de su alta.
- 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

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

plan. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitando que la organización aplique los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina una “ revisión inmediata ” o una “ revisión acelerada ”.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” de forma abreviada) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe continuar con la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información entregada por el hospital y por nosotros.
- Para el mediodía del día después en que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que dará la fecha programada de su alta y explicará detalladamente los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que se le otorgue el alta en esa fecha.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina “**Aviso de Alta Detallado**”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: En el lapso de un día a partir de que tiene toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente** de recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, entonces **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente de recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar 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 programada, podrá 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
--------------------	--

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha de alta programada.

A continuación, le indicamos los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad respondió *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde afirmativamente:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización de Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar brindando cobertura por su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde negativamente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

siguiente nivel de apelación, que es tratada por un Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y llevarla al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le vence el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Usted puede presentarnos la apelación a nosotros

Tal como se explica en la Sección 8.2 anterior, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación en relación con su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de retirarse del hospital y no después de la fecha programada para su alta, lo que ocurra primero). Si se le vence el plazo para comunicarse con la organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usted utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para conocer los detalles de cómo comunicarse con nosotros, vaya al capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada fue médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En esta situación, aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta, y continuaremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado 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. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida,** significa que consideramos que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció hospitalizado *después* de su fecha de alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina la “ TRE ” (IndependentReviewEntity).

Paso 1: Enviaremos 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 las 24 horas de informarle que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo indica cómo para presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si esta organización responde afirmativamente a su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización responde negativamente a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que es tratada por un Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si los revisores responden negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

<p>Sección 9.1 <i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)</i></p>

Esta sección trata *únicamente* los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que esté recibiendo
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que sea considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que se lo está tratando por una enfermedad o un accidente o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que esa atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, entre ellos su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda corresponder, consulte el capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médico (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a decírselo por adelantado. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si usted considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por adelantado cuándo finaliza su cobertura

1. Usted recibe un aviso por escrito. Recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.

- El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión acerca de cuándo finaliza su atención, y continúe cubriéndola por más tiempo.

Términos legales

Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está informando cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finalizar su atención. (La sección 9.3 a continuación le informa cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).

El aviso escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 5.2 informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante).
- 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 el plan en que es tiempo de dejar de recibir la atención.

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 por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención recibida por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le informa cómo comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2, sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” (hacer una revisión independiente) para verificar si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del 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 manera alternativa 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.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” de forma abreviada) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe continuar con la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y revisará la información entregada por nuestro plan.
- Hacia el final del día, los revisores nos informan de su apelación, y nosotros también le enviaremos un aviso escrito que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se denomina “Explicación Detallada de No Cobertura”.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores responden *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores responden negativamente a su apelación?

- Si los revisores responden *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención usted mismo.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores responden *negativamente* a su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que ingresará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, la atención en el centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, le indicamos los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad respondió *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

continuar proporcionando cobertura por la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es tratada por un Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, siendo cinco niveles de apelación en total. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5

¿Qué sucede si se le vence el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Usted puede presentarnos la apelación a nosotros

Tal como se explica en la sección 9.3 anterior, 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 usted utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación le indicamos los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para conocer los detalles de cómo comunicarse con nosotros, vaya al capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo, y continuaremos proporcionando sus servicios 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. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención usted mismo.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la " Entidad de Revisión Independiente ". A veces se denomina la " IRE " (IndependentReviewEntity).

Paso 1: Enviaremos 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 las 24 horas de informarle que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo indica cómo para presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde afirmativamente a su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si esta organización responde *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, siendo cinco niveles de apelación en total. Si los revisores responden negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del producto o servicio médico por el que usted ha apelado alcanza determinados niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario está por debajo del nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba por su Apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucren apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un juez adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador responde afirmativamente a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* haber finalizado o *no*.** Decidiremos si

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos acompañantes. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en discusión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador responde negativamente a su apelación, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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 afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o no*.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (tomada por una Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación, el aviso que usted reciba le informará si las normas le permiten continuar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted ha apelado alcanza determinado monto, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba por su Apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucren apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un juez adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones está finalizado.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o un juez adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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 afirmativa, el proceso de apelaciones está finalizado.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24**

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o no*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso que usted reciba le informará si las normas le permiten continuar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar un reclamo acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, necesita usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos?**

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de reclamos.

Si tiene alguno de estos problemas, puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que cree que debería ser confidencial?

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona fue grosera o irrespetuosa con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en que lo han tratado en Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo alientan a dejar 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 a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro personal de Servicios al Miembro u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al recibir una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a dar? • ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?

Reclamo	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están todos relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de reclamo.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y piensa que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si nos ha solicitado que le diéramos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo.• Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo.• Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos, hay plazos que cumplir. Si piensa que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar un reclamo.• Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “presentar una queja formal”

Términos legales

- Lo que en esta sección se llama **“reclamo”** también se denomina **“queja”**.
- Otro término para **“presentar un reclamo”** es **“presentar una queja formal”**.
- Otra forma de decir **“usar el proceso para reclamos”** es **“usar el proceso para presentar una queja formal”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo informará. Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-986-0356 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su reclamo por escrito.** Si pone su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
 - Envíe su reclamo escrito a:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager
 - Usted mismo puede presentar este reclamo, o puede hacer que un representante autorizado presente el reclamo por usted. Para designar a un representante autorizado, presente el “Formulario de Designación de un Representante”, que se encuentra en nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org
 - Responderemos su solicitud por escrito en un plazo de 30 días. Es posible que nos tomemos otros 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más tiempo para responder.
- **Debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.** El reclamo se debe presentar dentro de los 60 días calendario de haber tenido el problema que origina el reclamo.

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si usted presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, le daremos automáticamente un reclamo “rápido”.** Si tiene un reclamo “rápido”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se llama “reclamo rápido” también se denomina “queja acelerada”.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama por un reclamo, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted o si solicita más tiempo, podemos tardar otros 14 días calendario (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su reclamo de forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que está reclamando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de esta decisión. Debemos responder estemos de acuerdo o no con el reclamo.

<p>Sección 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad</p>
--

Puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Presentar su reclamo ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentarnos el reclamo a nosotros).
 - La Organización de Mejoramiento de la Calidad es 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.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, busque en la sección 4 del capítulo 2

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverlo.

- **O puede presentar su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Usted puede presentar un reclamo sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos muy en serio y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 **Cómo resolver los problemas sobre sus beneficios de Medicaid**

Los consumidores tienen derecho a una apelación externa cuando su HMO o aseguradora (plan de salud) niega servicios de atención médica como **médicamente no necesarios (incluida la idoneidad, el entorno de atención médica, nivel de atención o la efectividad de un beneficio cubierto), experimental o de investigación (incluido un estudio clínico o tratamiento de enfermedades raras) o, en ciertos casos, fuera de la red.** Para solicitar una apelación externa, los consumidores o sus designados deben completar la Solicitud de apelación externa del estado de Nueva York y enviarla al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York dentro de los 4 meses posteriores a la fecha de la determinación adversa definitiva del plan de salud. Los proveedores tienen su propio derecho a una apelación externa cuando los servicios de atención médica se rechazan concurrentemente o retroactivamente y deben solicitar una apelación externa dentro de los 60 días posteriores. Para acceder a la aplicación, visite https://www.dfs.ny.gov/complaints/file_external_appeal

¿Qué es una apelación externa? Es una solicitud que hace al Departamento de Servicios Financieros cuando un plan de salud niega los servicios de atención médica. Su apelación será revisada por un agente de apelación externa e independiente con expertos médicos que revocará (total o parcialmente) o bien confirmará la denegación del plan de salud.

¿Cuándo debo solicitar una apelación externa? Los consumidores o sus designados deben enviar una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros dentro de un

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo** (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

plazo de 4 meses de la fecha de la determinación adversa definitiva del primer nivel de apelación ante el plan o de la renuncia al proceso de apelación interna. Los proveedores que apelan en su propio nombre deben solicitar una apelación externa dentro de los 60 días posteriores a la determinación adversa definitiva. Si no envía su solicitud al Departamento de Servicios Financieros dentro del plazo requerido (con 8 días adicionales permitidos para el envío), no será elegible para una apelación externa. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York o llame al 1-800-400-8882.

¿Qué sucede si los servicios se niegan como experimentales o de investigación (incluido un estudio clínico o una enfermedad rara)? El médico del paciente (para enfermedades raras no puede ser el médico tratante) debe completar y enviar las páginas 4 a 6 de la solicitud al Departamento de Servicios Financieros.

¿Qué sucede si los servicios son denegados como fuera de la red? El paciente debe tener un HMO o contrato de seguro de atención administrada y se debe denegar una solicitud de autorización previa porque el servicio no está disponible en la red y el plan de salud recomienda un servicio alternativo dentro de la red que no sea materialmente diferente del servicio fuera de la red. El médico del paciente debe completar y enviar las páginas 4 a 7 de la solicitud al Departamento de Servicios Financieros.

¿Cuándo tomará una decisión un agente de apelaciones externas? Dentro de **72 horas** para las apelaciones aceleradas o de los **30 días** para las apelaciones estándar. La decisión del agente de apelación externa es vinculante para el paciente y el plan de salud del paciente.

¿Cómo solicito una apelación externa acelerada (de seguimiento rápido)? La denegación debe referirse a la admisión, la disponibilidad de la atención, la estadía continua o el servicio de atención médica para los cuales el paciente recibió servicios de emergencia y permanece hospitalizado; o el médico del paciente debe completar las páginas 4 a 6 de la solicitud y atestiguar que el paciente no ha recibido el tratamiento y un plazo de 30 días pondría seriamente en peligro la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperar su función máxima, o un retraso representará una amenaza inminente o grave para la salud del paciente. El paciente puede solicitar una apelación interna y externa acelerada al mismo tiempo. Una vez que se acelera una apelación externa, se tomará una decisión en 72 horas, incluso si no se ha enviado toda la información médica del paciente.

¿Cuándo puedo enviar información al agente de apelaciones externas? Se le notificará cuando se le asigne un agente de apelación externa. Debe enviar cualquier información al agente **de inmediato**. Una vez que el agente tome una decisión, no se considerará información adicional.

¿Debo pagar una tarifa por una apelación externa? Los planes de salud pueden cobrar una tarifa de \$25.00 a los pacientes o sus designados, sin exceder los \$75.00 en un solo año del plan. La tarifa queda exenta para los pacientes que apelan y están cubiertos por Medicaid, HIV SNP o HARP, o si la tarifa representará una dificultad. Los planes de salud pueden cobrar a los

Capítulo 9. Qué hacer **si tiene un problema o reclamo**
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

proveedores una tarifa de \$50.00 por apelación. Si el Agente de Apelación Externa revoca la denegación del plan de salud, se le reembolsará la tarifa.

¿Qué pasa si un paciente tiene cobertura de Medicare o Medicaid? Los pacientes cubiertos por Medicare no son elegibles para una apelación externa del NYS y deben llamar al 1-800-MEDICARE o visitar www.medicare.gov. Los pacientes cubiertos por Medicaid regular no son elegibles para una apelación externa; sin embargo, los pacientes cubiertos bajo un Plan de Atención Administrada de Medicaid son elegibles. Todos los pacientes de Medicaid también pueden solicitar una audiencia imparcial, y la decisión de la audiencia imparcial será la que aplique. Llame al 1-800-342-3334 o visite www.otda.state.ny.us/oah para obtener información acerca de la audiencia imparcial.

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA CON UNA SOLICITUD, LLAME AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK AL 1-800-400-8882, O ENVÍE CORREO ELECTRÓNICO a externalappealquestions@dfs.ny.gov O VISITE SU SITIO DE INTERNET en www.dfs.ny.gov. Si envía por fax una apelación acelerada, llame al 1-888-990-3991.

CAPÍTULO 10

*Cómo finalizar su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	255
Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan....	255
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	255
Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid....	255
Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual	256
Sección 2.3	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage	257
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante el Período Especial de Inscripción	258
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?	259
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	260
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan....	260
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	261
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan	261
SECCIÓN 5	MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	262
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	262
Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	263
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan.....	263

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan
--------------------	---

La finalización de su membresía en MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque decidió que *quiere* irse.
 - Usted puede cancelar su membresía en el plan de forma voluntaria solamente en determinados momentos del año, o en ciertas situaciones. La sección 2 le informa cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan. La sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para finalizar su membresía de manera voluntaria varía de acuerdo a qué tipo de cobertura nueva usted elija. La Sección 3 le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero nos vemos obligados a finalizar su membresía. La sección 5 le informa acerca de las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En algunas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo en determinados períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos Especiales de Inscripción:

- Enero a marzo

- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período Especial de Inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. En la sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período de 63 días continuos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para conocer acerca de sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el capítulo 2, sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar su plan. Su inscripción en su 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”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos recetados, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año próximo.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto sucede desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
 - **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Anual?** 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 cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - *o*, Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.
- Nota:** Si usted cancela su inscripción en la cobertura 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 en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la sección 4 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual?** El período abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual?** Durante este tiempo, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Cancelar su inscripción en 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 independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, 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 usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante el Período Especial de Inscripción
--------------------	---

En algunas situaciones, también puede ser elegible finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Período Especial de Inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica a su caso, quiere decir que usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período Especial de Inscripción. 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):
 - Por lo general, si se mudó
 - Si tiene Medicaid
 - Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare
 - Si no cumplimos nuestro contrato con usted
 - Si recibe asistencia en una institución, tal como un hogar de reposo o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE).
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, quizá no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5, sección 10, puede ver más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La sección 2.1 le brinda más información acerca del período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Inscripción?** Los períodos de inscripción varían en función de su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** Para averiguar si usted es elegible para un Período Especial de Inscripción, llame 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. Si usted es elegible para terminar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
- *–O bien–* Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días continuos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la sección 4 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar su plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del período especial de inscripción para personas con Medicaid o Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- **Comuníquese con Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2022* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro de un mes desde su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Usted puede **comunicarse con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Existen dos formas en las que puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- --O bien-- usted puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro siguiente explica cómo debería finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se lo desafiliará automáticamente de MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente 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. Se lo desafiliará automáticamente de MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare<ul style="list-style-type: none">○ Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.○ Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su afiliación a MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, contacte al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399. Consulte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que recibe su cobertura de Medicaid del Estado de Nueva York.

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

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan
--------------------	---

Si deja MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), puede llevar un tiempo hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados están cubiertos únicamente si los surte en una farmacia de la red, lo que incluye nuestros servicios de farmacia para pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización por lo general estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aun cuando sea dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no cuenta con cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid. Como se establece en el capítulo 1, sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si usted pierde su elegibilidad en Medicaid, ya no calificará para MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP) y se cancelará su afiliación.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si usted se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar al cual se está mudando o viajando está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está de forma legal en los Estados Unidos
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que usted tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados
- Si usted intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que resulta perjudicial y hace que sea difícil proporcionarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas del plan por 90 días
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- **Comuníquese con Servicios al Miembro** para más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--------------------	---

MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) no puede pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted cree que le están solicitando que deje nuestro plan por una razón de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el capítulo 9, sección 11 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	266
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	266
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	266

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Hay muchas leyes aplicables a esta *Evidencia de cobertura* y también pueden ser aplicables algunas disposiciones adicionales porque son exigidas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La principal ley que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden ser aplicables otras leyes federales y, bajo determinadas circunstancias, las leyes del estado en donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** en función de la raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, 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 proveen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes aplicables a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que corresponda por cualquier motivo.

Si desea obtener más información o si tiene dudas acerca de la discriminación o el 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.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso con una silla de ruedas, Servicios al Servicios al Miembro puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a las reglamentaciones de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.



En vigencia a partir del 10 de julio
de 2017

Aviso anual de privacidad de MetroPlusHealth Plan

MetroPlus respeta sus derechos a la privacidad. Este aviso describe cómo tratamos la información de salud y financiera personal y no pública (en adelante, "Información") que recibimos sobre usted y qué hacemos para mantenerla confidencial y segura, tal como lo requiere la Ley de Seguros del Estado de Nueva York (Regulación 169).

Tipos de Información

Además, usted puede solicitar en cualquier momento la versión completa del **Aviso de prácticas de privacidad sobre la información de salud** de MetroPlusHealth Plan, que describe la manera en la que se puede usar y divulgar la información médica sobre usted de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HealthInsurancePortability and AccountabilityAct, HIPAA). Para ello, comuníquese con el funcionario de privacidad de MetroPlus. Esta información también está disponible en nuestro sitio web en www.metroplus.org/privacy-policies.

MetroPlus recopila

Información acerca de usted de las siguientes fuentes y puede divulgar la siguiente Información acerca de usted:

- La información que usted nos proporciona en solicitudes y otros formularios, o que usted nos comunica.
- La información acerca de sus acuerdos con nosotros, los proveedores de atención médica con los que trabajamos, y otros.

Para qué usamos su Información:

No divulgamos Información acerca de nuestros miembros y antiguos miembros a nadie, a excepción de lo que permite la ley.

- Para proporcionar los beneficios de atención médica que usted recibe como miembro de MetroPlusHealth Plan; por ejemplo, para planificar el tratamiento que usted necesita y para pagar los servicios que usted recibe.
- Para comunicarnos con usted acerca de los programas y servicios que tiene a su disposición como miembro de MetroPlus.
- Para manejar nuestras operaciones y cumplir con los requisitos de regulaciones y leyes.

**Cómo protegemos su
privacidad**

- Limitamos el acceso a su Información a empleados y a otras personas que la necesiten para llevar a cabo las operaciones de MetroPlus o para cumplir con los requisitos de las regulaciones y leyes.
- Los empleados están sujetos a medidas disciplinarias y pueden ser despedidos si violan nuestras políticas y procedimientos de privacidad.
- También usamos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales para conservar la confidencialidad y seguridad de su Información, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales.

Antiguos miembros

- Si finaliza su membresía con MetroPlus, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

**Comuníquese
con MetroPlus**

- Para pedir más información acerca de nuestras política y prácticas de privacidad.
- Para presentar un reclamo relacionado con la privacidad.
- Para pedir (por escrito) que revisemos la Información acerca de usted en nuestros registros.

Customer Services – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Teléfono general: 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Miembros de Medicare: 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

TTY: 711

Correo electrónico: PrivacyOfficer@metroplus.org



En vigencia a partir del 1 de julio de 2018

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

Sitio web: www.metroplus.org

Teléfono general: 1-800-303-9626

TTY: 711

Correo electrónico: PrivacyOfficer@metroplus.org

Su información.

Sus derechos.

Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y

Sus derechos

cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite.

Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.

Continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectara su atención.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya solicitado que hagamos). Brindaremos un listado al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro listado en un plazo de 12 meses.
- Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Las solicitudes para cambiar o modificar este tipo de solicitud de comunicación confidencial deben hacerse por escrito a la dirección que figura más abajo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa oportunamente. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder para tomar decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar una medida.

Presentar un reclamo si considera que se vulneran sus derechos

- Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar un reclamo al comunicarse con nosotros mediante la información que figura en la página 1.
 - Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Para hacerlo, puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamar al 1-877-696-6775 o ingresar al sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
 - No tomaremos medidas en su contra por presentar un reclamo.
-

Sus elecciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus elecciones en cuanto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos la información con su familia, con sus amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención.
-

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para los siguientes propósitos.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden.
- Programas o productos relacionados con la salud: MetroPlus puede proveerle información sobre tratamientos médicos, programas, productos y servicios. La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.
- Recordatorios: MetroPlus puede usar y divulgar información personal de salud (PHI) sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole una carta) para recordarle sobre una cita para un tratamiento o porque es el momento de que programe una cita para un chequeo de rutina o para aplicarse una vacuna, o para proveerle información sobre alternativas de tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden llegar a interesar.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

El Departamento de Gestión de Calidad de MetroPlus puede usar su información de salud para mejorar la calidad de los programas, los datos y procesos comerciales del Plan. A modo de ejemplo, nuestro personal encargado de gestión de calidad o los enfermeros revisores contratados pueden revisar su historial médico para evaluar la calidad de la atención que usted y todos los miembros del Plan recibieron.

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

continúa en la siguiente página

Pagar por sus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de la atención odontológica recibida.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

<p>Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad</p>	<p>Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Evitar enfermedades o Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica o Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona
<p>Cumplir con la ley</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compartiremos información sobre usted si lo requieren las leyes estatales o federales, e incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea corroborar que cumplimos con la ley de privacidad federal.
<p>Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales</p>	<p>Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadores o Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley o Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley o Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
<p>Responder a juicios y acciones legales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación.
<p>En estos casos, nunca compartimos su información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca comercializamos ni vendemos la información personal.
<p>Leyes del estado de Nueva York en materia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MetroPlus debe cumplir con leyes adicionales del estado de Nueva York que tienen un nivel mayor de protección para la

de divulgación de ciertos tipos de información	información personal, especialmente la información relacionada con la condición o el tratamiento del VIH/SIDA; la salud mental; el trastorno por consumo de sustancias y la planificación familiar.
---	---

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si se produce un incumplimiento que podría comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otras formas distintas a las descritas en este documento, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a compartir o usar su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte el sitio web

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Información de contacto del funcionario de privacidad

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea presentar un reclamo o ejercer sus derechos descritos arriba, póngase en contacto con:

Customer Services – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Teléfono general: 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Miembros de Medicare: 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

TTY: 711

Correo electrónico: PrivacyOfficer@metroplus.org



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

MetroPlus Health Plan complies with Federal civil rights laws. **MetroPlus Health Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MetroPlus Health Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate 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 first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **MetroPlus Health Plan** at 1-800-303-9626. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **MetroPlus Health Plan** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **MetroPlus Health Plan** by:

Mail: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Phone: 1-800-303-9626 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 1-212-908-8705
In person: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Email: Grievancecoordinator@metroplus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Asistencia lingüística

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل (رقم هاتف الصم والبكم 711 تTY: 1-800-303-9626)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: ТTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvisèd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאראייניקטע פראגראם פאר יידישע רעדער און רופט (711 תTY: 1-800-303-9626).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaaring gumamit ng mgaserbisyo ng tulong sa wikanang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্যকরণ: যদি আপন বাংলা, কথাবলতে পাতেন, হতলদনঃ খেচায় ভাষা সহায়ো পদে তষবাউ পলক আতে। ফা নকরণ ১-1-800-303-9626 (TTY: 711)	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1- 800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (1-800-303-9626 تTY: 711)۔	Urdu

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras 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 aquello que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar la prestación de servicios que recibe actualmente. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (tal como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto permitido de costo compartido del plan. Como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP), usted solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” a usted o de alguna otra manera le cobren un monto mayor que el monto de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

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 principios activos que las versiones genéricas del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan pagado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El capítulo 2 le indica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coaseguro: un monto que es posible que usted deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. El coaseguro normalmente es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Reclamo: el nombre formal para “presentar un reclamo” es “presentar una queja formal”. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también “Queja” en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral

(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que provee diversos servicios, entre ellos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto que quizás deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costos compartidos: costo compartido se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que pueda imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Puede corresponder una “tasa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes entero de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento que se le recetó está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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 de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado supervisado: el cuidado supervisado es el cuidado personal que se brinda en un hogar de reposo, un centro de cuidados paliativos u otro tipo de centro cuando no se requiere atención especializada, ya sea médica o de enfermería. El cuidado supervisado es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, tal como ayuda con actividades de la vida cotidiana, como bañarse, vestirse, comer, subir o bajar de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado supervisado.

Tarifa diaria de costo compartido: puede corresponder una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes entero de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro para un mes. A continuación mostramos un ejemplo: Si su copago para un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es para 30 días, su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día. Esto significa que debe pagar \$1 por el suministro para cada día cuando surte su receta.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan empiece a pagar.

Desafiliar o Desafiliación: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (cuando es por decisión propia) o involuntaria (cuando no es por decisión propia).

Cargo por despacho: un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. El cargo por despacho cubre costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo Médico Duradero (DME): determinado equipo médico que solicita su médico por razones médicas. Por ejemplo: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor solicita para utilizar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se refiere a una situación en la que usted, o cualquier otra persona legítima que posea un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera

que, debido a los síntomas médicos que presenta, requiere atención médica inmediata para evitar su fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo 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) e Información sobre divulgación: el presente documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe 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 el formulario del patrocinador del plan (una excepción de formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel menor de costos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Normalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, aunque, por lo general, cuesta menos.

Queja: un tipo de reclamo que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluso un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no implica controversias sobre cobertura o pago.

Asistente para la salud en el hogar: un asistente para la salud en el hogar presta servicios que no necesitan las habilidades de un profesional de enfermería titulado o terapeuta, como por ejemplo ayuda con el cuidado personal (p. ej. bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes para la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proveen terapia.

Cuidados paliativos: un miembro con 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos disponibles en su área geográfica. Si usted 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. El centro de cuidados paliativos brindará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una estancia hospitalaria cuando usted ha sido formalmente ingresado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerarse un “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

(IncomeRelatedMonthlyAdjustmentAmount, IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo que se reportó en su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años son superiores a cierto monto, deberá pagar el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido por sus siglas en inglés como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y los que su plan ha pagado en su nombre a lo largo del año, lleguen a \$4,430.

Período de Inscripción Inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo durante el cual puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si se vuelve elegible para Medicare al cumplir 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65, incluye el mes en el que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): ver “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: el monto máximo de desembolso personal que usted paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso. Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. (Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso). Consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo de desembolso.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a cubrir los costos de servicios médicos. Los

programas Medicaid varían en los diferentes estados, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación medicamento aceptada: el uso de un medicamento que ha recibido aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o aval de determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones medicamento aceptadas.

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: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años que presentan determinadas discapacidades y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, de un plan PACE o de un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: un tiempo específico cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción 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 independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage abarca del 1 de enero al 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona adquiere elegibilidad para Medicare por primera vez.

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 un plan HMO, PPO, un plan Privado de tarifa por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o un plan de Cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagados en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que cuentan con la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuentos de la Brecha en 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 Brecha en la Cobertura y no

reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuento, aunque no todos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, entre ellos nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare se ofrece mediante una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de costos Medicare, los programas de demostración/pilotos y los Programas de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza de “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo sirven con Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan, o “Miembro del Plan”): una persona con Medicare que califica para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con los proveedores o si los proveedores acuerdan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o “Medicare de Tarifa por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en montos que son establecidos por el Congreso. Usted puede tratarse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en la Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos dispuesto coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni son dirigidos por nuestro plan ni tampoco son propiedad de nuestro plan o no tienen un contrato para proporcionarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el capítulo 3 de este folleto.

Costos de desembolso personal: vea la definición anterior para “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos que reciba también se denomina requisito de costo de “desembolso” del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programas de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, con el fin de ayudar a las personas a mantener su independencia y vivir en sus comunidades (en vez de mudarse a un hogar de reposo) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar su referencia, nos remitiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Determinadas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso para que reciban cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se suma 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 adquiera elegibilidad por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Debe pagar este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si está sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 63 días seguidos o más.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por la cobertura de medicamentos recetados o de salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero por la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. El PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su Proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los Proveedores de Atención Primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y Ortopedia: estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, 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.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (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. Consulte la sección 4 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta o por un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si este limita la membresía según dónde vivan las personas. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener sus servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede desafiliarlo si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación prestados en régimen continuo y diario, en un centro de enfermería especializada. Como ejemplos de atención en centros de enfermería especializada figuran la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden realizar un profesional de enfermería registrado o un médico.

Plan de 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 usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años en adelante. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de Necesidad Urgente: los servicios de necesidad urgente se prestan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección inesperada que no constituyen una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios de necesidad urgente pueden brindarse a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

Servicios al Miembro de MetroPlusAdvantage Plan (HMO-DSNP)

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación de idioma gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-5196
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York)

El HIICAP es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local gratuita sobre seguros médicos para las personas que cuentan con cobertura de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBA A	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	https://www.nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791

Declaración de divulgaciones de la PRA Según la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se exige a nadie que responda a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto de los Estados Unidos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la recolección de esta información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA ReportsClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



[METROPLUSMEDICARE.ORG](https://www.metroplushelp.org)

**PLEASE CALL OUR 24/7 HELP LINE
AT 1.866.986.0356 (TTY: 711) AND A
REPRESENTATIVE WILL ASSIST YOU.**

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850