

2026

Evidencia de cobertura



ElderServe MAP

(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-362-2266** (TTY/TDD 711)
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

www.ElderServeHealth.org

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios médicos y su cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Este documento proporciona los detalles sobre su *atención médica a largo plazo o servicios en el hogar y en la comunidad*, y cobertura para medicamentos con receta de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, es ofrecido por *ElderServe Health, Inc.* En la presente *Evidencia de cobertura*, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a *ElderServe Health, Inc.* Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

Este documento está disponible en *español, ruso y chino* de manera gratuita. *También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o demás formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita.*

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

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

ElderServe MAP es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ElderServe MAP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato escrito con el programa de Medicaid de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Índice**CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6**

SECCIÓN 1	Usted es miembro de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	7
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros	10
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales.....	13
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	19
SECCIÓN 6	Mantener actualizado el registro de miembro de nuestro plan	19
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	20

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos.....22

SECCIÓN 1	Contactos de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	23
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare.....	27
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)	29
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO)	30
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	31
SECCIÓN 6	Medicaid.....	31
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar por medicamentos con receta.....	33
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).....	37
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....	38

**CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios
médicos y otros servicios cubiertos.....39**

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	40
SECCIÓN 2	Use proveedores de nuestra red del plan para atención médica y otros servicios	42
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad de atención urgente	46
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	48
SECCIÓN 5	Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	49
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	51
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	52

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).....54

SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos	55
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....	56
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	104
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan.....	105

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 108

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	109
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	110
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan...	114
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	116
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera	118
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año	120
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	123
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	124
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..	124
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos...	126

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 129

SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	130
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>	133
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	133
SECCIÓN 4	Etapas del deducible.....	135
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial	136
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas.....	140
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	140

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	143
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	144
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	147
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no..	148
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....	149
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales	150
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	158
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	160
SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	161
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	161
SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid	163
SECCIÓN 4 Qué proceso debe utilizar para su problema	163
SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones	164
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	168
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	182
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	193
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	199
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	203
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	207
CAPÍTULO 10: Cancelar su membresía en nuestro plan	211
SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan	212
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	212
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	216

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan ..	217
SECCIÓN 5	<i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> debe cancelar nuestra membresía en el plan en ciertas situaciones	217
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	220
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	220
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	220
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	221
CAPÍTULO 12:	Definiciones.....	222

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Sección 1.1 Está inscrito en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, que es un Plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padezcan enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no estén cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura para medicamentos mediante nuestro plan, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

ElderServe MAP (HMO D-SNP) es un Plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* está diseñado para personas que tengan Medicare y tengan derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para pagar el costo compartido de la Parte A y Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. Medicaid también presta otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, *medicamentos con receta y atención a largo plazo o servicios en el hogar y en la comunidad* que, en general, no están cubiertos en virtud de Medicare. También obtendrá Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* le permitirá administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de salud y la ayuda de pagos a los que tenga derecho.

Una organización sin fines de lucro administra *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid del *estado de New York* para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare y Medicaid, lo que incluye la cobertura para medicamentos, *la atención a largo plazo o los servicios en el hogar y en la comunidad*.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre los cambios en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el *Departamento de Salud del Estado de New York* deben aprobar *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Todos los años, usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y que Medicare y el *Departamento de Salud del Estado de New York* renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que obtienen determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser *elegible* para Medicare y los beneficios totales de Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 3 meses, entonces, aún es elegible para ser miembro. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se ofrece información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período considerado de elegibilidad continua.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos y con los costos de la atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.3 Área de servicio del plan para *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

ElderServe MAP (HMO D-SNP) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo dentro del área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados del *estado de New York*: Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, Nassau y Westchester.

Si tiene pensado mudarse a otro estado, debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar si este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, se incluyen los números de teléfono de Medicaid.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Usted debe ser ciudadano o estar legalmente presente de los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan de acuerdo con este criterio. *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, use la tarjeta de miembro cada vez que reciba los servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle la tarjeta de Medicaid al proveedor. Ejemplo de la tarjeta de miembro:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

RiverSpring MAP (HMO D-SNP)		For Members: Member Services: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) Prescription Drugs: 1-844-685-6364 (TTY/TDD 711) Behavioral/Mental Health: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) 24-Hour Nurse Hotline: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711) Website: www.RiverSpringHealthPlans.org	For Providers: Provider Services: 1-800-362-2266 Send Paper Claims to: RiverSpring Health Plans, C/O Relay Health 1564 Northeast Expy, Mail Stop HQ-2361, Atlanta, GA 30329 Electronic Claims: Use Payor ID: 05178
<Jane A. Doe> Member ID: <0000123456789> Issuer: 80840 Effective: <01/01/2017> PCP: <Dr. Jon Gold> PCP Phone: <1-800-000-0000>	Rx Bin: 610014 Rx GRP: RSMAPX Rx PCN: MEDDPRIME 	Supplemental Provider Network provided by MAGNACARE™ <i>Other Providers/Physicians are available in our Network</i>	

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato, y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores* y Directorio de farmacias www.ElderServeHealth.org enumera nuestros proveedores de la red, las farmacias y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe acudir a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lado sin la autorización correspondiente, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y farmacias también está disponible en nuestro sitio web en www.ElderServeHealthPlans.org.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no tiene un *Directorio de proveedores o farmacias*, puede pedir una copia (en forma electrónica o impresa) a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* y *Directorios de farmacias* en papel solicitados se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* www.ElderServeHealth.org enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede recurrir al *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia a la que desee acudir. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a las farmacias que no formen parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene un Directorio de farmacias, puede pedir una copia a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). En la lista, se indica qué medicamentos con receta están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan retirado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

La Lista de medicamentos indica si existen normas conforme a las cuales se restrinja la cobertura de un medicamento determinado.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.ElderServeHealth.org o llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 4 Sus costos mensuales**

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0 o \$58.80 para la prima de la Parte D
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	\$9,250 Si usted es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos que paga de su bolsillo que se computan para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.
Consultas de atención primaria	\$0 por consulta Si usted es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Consultas con un especialista	\$0 por consulta Si usted es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Hospitalizaciones	\$0 Si usted es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$615 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, lo que incluye las Etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la Etapa de la cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: <i>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</i> Medicamentos de Nivel 1: *Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga: Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$5.10 de copago; o el 25% del costo. Para cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago; o el 25% del costo. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.

Si ya obtiene ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no sea aplicable para usted.** Le enviamos un documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta)*, también denominada *Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite *la LIS RIDER (Cláusula adicional LIS)*.

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el Programa de Ayuda Adicional y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Obtenga mayor información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2026* en la sección titulada *2026 Medicare Cost (Costo de Medicare de 2026)*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, y, además, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga las primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no haya tenido la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente (como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud de los Veteranos [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán todos los años si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en el plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Así es cómo funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si transcurren 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima del plan mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima básica nacional del beneficiario). Para 2026, este monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería el 14% multiplicado por \$38.99, que da \$5.4586. Esto debe redondearse a \$5.50. Este monto se agregará **a la prima del plan mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si deja de pagarla, podría cancelarse su inscripción por no pagar nuestras primas del plan.

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, denominado monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si usted comienza a ser elegible para recibir la Ayuda Adicional o pierde la elegibilidad para esta durante el año, es posible que cambie la parte de nuestra prima del plan que tiene que pagar. Si califica para recibir Ayuda Adicional para los costos de su cobertura para medicamentos, esta paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde la elegibilidad para recibir la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si es que la debe, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted comienza a ser elegible para recibir la Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para esta ayuda durante el año.

- Si, actualmente, paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para la Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si transcurren 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de miembro de nuestro plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos, y los montos de los costos compartidos**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cambia algunos de los siguientes elementos, avísenos:

- Su nombre, dirección o número de teléfono
- Cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si se lo ingresa en un hogar de atención médica especializada
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentren fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan de los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de estas informaciones cambia, avísenos llamando a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778)

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga a fin de poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o para medicamentos de la que sepamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se mencione, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que conforme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), se determina si nuestro plan o su otro seguro paga primero conforme a las normas de Medicare. El seguro que primero paga (el “pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga segundo (el “pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de comenzar a ser elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 1 Contactos de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)***

Para obtener ayuda por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para Miembros: información de contacto

Llame al	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este
Escriba a	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Member Services 80 West 225 th Street Bronx, NY 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés
----------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
Escriba a	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Medical Management 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-251-5896
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.express-scripts.com

Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Fax	1-877-251-5896
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.express-scripts.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre la atención médica: información de contacto

Llame al	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
Escriba a	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Appeals & Grievances 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ElderServe MAP (HMO D-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Reclamos sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto**

Llame al	1-844-670-8836 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	1-800-899-2114 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ElderServe MAP (HMO D-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos a ElderServe MAP (HMO D-SNP) el costo por la atención médica o los medicamentos que usted haya recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago, y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame al	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	711 <i>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.</i> Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escriba a	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Claims Department 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Solicitudes de pago de los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	711 <i>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.</i> Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-608-741-5483
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
Sitio web	www.express-scripts.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

El organismo federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Este organismo celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, lo que incluye nuestro plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Medicare: información de contacto**

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, lo que incluye cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como las pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de atención médica especializada, hospitales, médicos, organismos de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación con hospitalización y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informarle a Medicare de cualquier queja que tenga sobre <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas que usted pueda tener sobre Medicare. En el *estado de New York*, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP).

El *HIICAP* es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el objetivo de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tengan Medicare.

Los asesores del *HIICAP* pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del *HIICAP* también pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP): (*SHIP de New York*): información de contacto

Llame al	1800-701-0501
TTY	1-212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 <i>Nassau County</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501 <i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)**

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En el *estado de New York*, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

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

Comuníquese con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para su atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Livanta: (Organización para la mejora de la calidad del estado de New York):
información de contacto

Llame al	1-866-815-5440 Horario de atención: De lunes a viernes: de 9:00 a. m a 5:00 p. m. Fines de semana/Días feriados: de 11:00 a. m a 3:00 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://livantaqio.com/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para avisarles.

Seguro Social: información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Los miembros de ElderServe MAP (HMO D-SNP) están inscritos en Medicare y en Medicaid del estado de New York. Se hace referencia a una persona que califique para la cobertura de Medicare y Medicaid como persona con doble elegibilidad. ElderServe MAP (HMO D-SNP) es un Plan de necesidades especiales para las personas con doble elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare mientras usted recibe beneficios de Medicaid en virtud del programa de Medicaid del estado de New York. ElderServe MAP (HMO D-SNP) permite que las personas que sean doblemente elegibles para Medicare y Medicaid se inscriban en el mismo plan médico para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. ElderServe MAP (HMO D-SNP) integra los beneficios de Medicare y Medicaid a través de un contrato estatal para proveer un conjunto definido de beneficios integrales de Medicaid por capitación. Estos beneficios de Medicaid se detallan en el Capítulo 4 y en su Declaración de beneficios.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

La inscripción en ElderServe MAP (HMO D-SNP) está sujeta a las condiciones de elegibilidad establecidas por los CMS y Medicaid de New York (NYSDOH). Los CMS son responsables de procesar la inscripción en el plan Medicare Advantage, y el Departamento Local de Servicios Sociales, o la entidad designada por el NYSDOH, es responsable de procesar las solicitudes de inscripción para el componente del beneficio de Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

□ **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

□ **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid y Servicios Especiales de New York.

Medicaid de New York: información de contacto

Llame al	Línea de ayuda de Medicaid del estado de New York: 1-800-541-2831 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Disponible los sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. TTY: 711
Escriba a	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS aquí :
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

El defensor de la *Red de Defensoría del Consumidor Independiente* (ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas de servicios o facturación. Puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. Este defensor puede ayudar a los inscritos en nuestro Plan de salud y recuperación (HARP) y a los inscritos en nuestro plan de Atención Administrada de Medicaid (MMC) a obtener servicios y apoyo a largo plazo.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Red de Defensoría del Consumidor Independiente (ICAN): información de contacto**

Llame al	1-844-614-8800 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Dirección	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> <i>Community Service Society of New York</i> 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
Correo electrónico	ican@cssny.org
Sitio web	www.icannys.org/

El *Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo (LTCOP) del estado de New York* ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de atención médica especializada y resuelve problemas entre los hogares de atención médica especializada y los residentes o sus familiares.

Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo (LTCOP) del estado de New York: información de contacto

Llame al	1-855-582-6769 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Dirección	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
Correo electrónico	ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar por medicamentos con receta

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Ayuda Adicional de Medicare**

Visto que usted es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir la Ayuda Adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda Adicional. Si tiene preguntas al respecto, llame al siguiente número:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de Medicaid de su estado al (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este Capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto correcto de copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para Miembros como evidencia de que califica para la Ayuda Adicional. La dirección de Servicios para Miembros figura al principio de este capítulo. Envíe una copia de uno de los siguientes documentos:
 - Carta de adjudicación de la Ayuda Adicional por parte del Seguro Social
 - Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted es “automáticamente elegible para la Ayuda Adicional”
 - Una vez recibida la copia, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda Adicional con Medicare.
 - Si no puede encontrar la documentación de respaldo, lo ayudaremos a obtener pruebas; esto incluye comunicarnos con Medicare en su nombre para determinar el nivel de copago correcto.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga más que el copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago, y usted tiene una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**¿Qué ocurre si tiene la Ayuda Adicional y la cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?**

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

El programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) es un programa del estado de New York para personas mayores administrado por el Departamento de Salud. Ayuda a más de 325,000 personas mayores de 65 años que reúnen los requisitos de ingresos a complementar los costos que pagan de su bolsillo de su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. ¿Qué ocurre si tiene la Ayuda Adicional y la cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentren en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para los medicamentos con receta a través de los Programas de Atención Médica para los Pacientes con VIH que no Tienen Seguro Médico (ADAP) del estado de New York.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido el comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establezca el estado) y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a los Programas de Atención Médica para los Pacientes con VIH que no Tienen Seguro Médico (ADAP) del estado de New York.

Método	ADAP del estado de New York
LLAME AL	1-800-542-2437
ESCRIBA A	Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica**

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

En el *estado de New York*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC).

Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC): New York: información de contacto

Llame al	1-800-332-3742 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 nysdohepic@magellanhealth.com
Sitio web	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o visitar www.Medicare.gov).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Plan de Pago de Recetas de Medicare: Información de contacto**

Llame al	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para Miembros al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
Sitio web	https://link.zixcentral.com/u/24f5e9aa/6u6ZjZJs7xGvb2cYXNGfSw?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Fmppp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, avíseles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con el organismo.

Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y los feriados.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros al 1800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contratapa de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener más información sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare.

Por lo general, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos** del Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección, y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver cuáles son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. *Su proveedor debe obtener la autorización de nuestro plan antes de que usted pueda recibir atención a través de un proveedor fuera de la red.* En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga nuestro plan para la diálisis nunca puede ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser superior al que usted pague dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente, y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, es posible que el costo compartido de la diálisis sea superior.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use proveedores de nuestra red del plan para atención médica y otros servicios**

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

- *¿Qué es un PCP?*
 - Cuando se convierte en miembro ElderServe MAP (HMO D-SNP), debe elegir un proveedor del plan como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un profesional de atención médica que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica.
- *¿Qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como PCP?*
 - Cuando se convierte en miembro ElderServe MAP (HMO D-SNP), debe elegir un proveedor del plan como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un profesional de atención médica que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica.
- *Explique el rol que cumple un PCP en nuestro plan.*
 - Su PCP le proporcionará la mayoría de los servicios de atención médica preventiva y de rutina.
- *¿Qué rol cumple el PCP a la hora de coordinar los servicios cubiertos?*
 - Como miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP), su PCP coordinará muchos de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. “Coordinar” sus servicios significa realizar un seguimiento con otros proveedores del plan sobre su atención, identificar los servicios que necesite y garantizar que esos servicios cumplan con sus necesidades de salud específicas.
- *¿Qué rol cumple el PCP a la hora de tomar decisiones sobre una autorización previa (PA) o de obtenerla, si corresponde?*
 - En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y de las normas de autorización previa.

Cómo elegir a un PCP

Cuando se inscriba en ElderServe MAP (HMO D-SNP), seleccionará a un PCP de la lista en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Si, ahora, su PCP no participa en ElderServe MAP (HMO D-SNP), y a usted le gustaría que nos comuniquemos con el consultorio, avisenos. Servicios para Miembros con gusto lo ayudará a seleccionar a un PCP.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrá que elegir a uno nuevo. Si necesita cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros, y verificaremos que el médico acepte a nuevos pacientes. Si elige cambiar de PCP, puede verse limitado a seleccionar determinados especialistas u hospitales a los que su PCP lo remita. También se indica en la Sección 2.3. El Servicio para los Miembros cambiará sus registros de miembro para que incluyan el nombre de su nuevo PCP y le informará cuando el cambio de PCP entre en vigencia.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede obtener sin una remisión del PCP

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP con antelación.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando usted se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentre, recibe este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las consultas de rutina con el proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área de servicio.
- Consultas con proveedores y especialistas del plan.
- Planificación familiar y servicios de salud reproductiva.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Las clínicas del Artículo 28 que brindan servicios de optometría y que están afiliadas al Colegio de Optometría de la Universidad Estatal de New York para obtener servicios de optometría cubiertos.
- Las clínicas del Artículo 28 operadas por los centros odontológicos académicos para obtener servicios dentales cubiertos.

Sección 2.3 **Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red**

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red:

- *¿Qué rol cumple (si corresponde) el PCP a la hora de remitir a miembros a especialistas o demás proveedores?*
 - Como miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP), no necesita una remisión de su PCP para consultar con un especialista de la red. Su PCP puede ayudarlo, si lo necesita, a seleccionar a un especialista u hospital. En algunos casos, su médico puede solicitar que se someta a procedimientos o pruebas de diagnóstico adicionales. En estos casos, su médico necesitará obtener una autorización previa de ElderServe MAP (HMO D-SNP). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. (Consulte el Capítulo 12 para ver la definición de “Autorización previa”).
- *¿Cuál es el proceso para obtener una Autorización previa (PA)?*
 - Su PCP o el especialista necesitarán obtener una “autorización previa” (aprobación anticipada) de ElderServe MAP (HMO D-SNP) para ciertos servicios. Consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener un listado completo de todos los servicios que requieren autorización previa.
- *¿La selección de un PCP implica quedar limitado a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP haga las remisiones, es decir, subred, círculos de remisiones?*
 - La selección de un PCP no lo limita a un grupo específico de especialistas u hospitales. Usted puede usar cualquier especialista u hospital que participe en su red para recibir los servicios. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener una lista de los especialistas y hospitales participantes.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan**

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga un acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó con ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a este proveedor, si, actualmente, recibe atención de dicho proveedor o si consultó con él en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor dentro de la red y calificado para que continúe recibiendo atención.
- Si se somete a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o proveedor dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer con sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado a un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior, o que su atención no se maneja de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

El plan cubrirá la atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor que no forme parte de la red; esto no requiere una autorización previa. Si usted necesita una atención médica que Medicare exija que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención a través de un proveedor que no forme parte de la red. Su proveedor debe obtener la autorización del plan antes de que usted pueda recibir atención a través de un proveedor fuera de la red. **Nota:** *Los miembros tienen derecho a obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando se trate de servicios de emergencia o de urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de nuestro plan y no puedan acceder a los proveedores de ESRD contratados.*

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de una atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrave rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. *Esta cobertura se encuentra dentro de los Estados Unidos.*
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisarle al plan de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos de la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas.
 - Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (TTY: 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana. Este número de contacto también figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro y en la contraportada de este manual.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y cuándo finaliza la emergencia médica.

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

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

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que reciba se considera servicios de urgencia, y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

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

Un servicio que requiera atención médica inmediata (pero que no sea una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentre para recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores médicamente

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se produzca durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio. Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor que forma parte de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

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

Sección 3.3 Reciba atención durante una catástrofe

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

Visite www.ElderServeHealth.org para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesite durante una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante una catástrofe, no puede acudir a una farmacia de la red, puede surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó servicios cubiertos o recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo proceder.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

ElderServe MAP (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para los servicios cubiertos que tengan un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente buscan a voluntarios que participen en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos avisa que participa en un ensayo clínico calificado, entonces, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieran un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de excepción de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con antelación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare no haya aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica**

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que obtenga como parte del estudio, lo que incluye:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas del ensayo.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

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

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

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

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución que se le ofrezcan en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Debe tener una afección que le permitiría obtener los servicios cubiertos correspondientes a la atención hospitalaria para pacientes internados o en un centro de atención de enfermería especializada.
- Y debe obtener la aprobación del plan con antelación antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.
- Se aplican límites para la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare (Consulte los beneficios en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen productos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos productos de DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se quedan con ese equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. **Como miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP), por lo general, no obtendrá la propiedad de los productos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que efectúe por el producto mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad de un producto de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que efectuó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del producto de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos que haya efectuado mientras estuvo inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que efectuó en Original Medicare no se tienen en cuenta. Deberá efectuar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del producto. *[Los planes que deseen reconocer los pagos anteriores deben indicarlo].*

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del producto mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la propiedad del producto una vez que se inscriba en Original Medicare nuevamente. Cualquier pago que ya efectuó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tiene en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma empresa, y nuevamente se le exige que abone los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

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

Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP). En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Visto que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normas de nuestros planes para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para obtener atención).

Los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos:

- **Deducible:** monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago:** monto fijo que usted paga cada vez que obtiene algún servicio médico. Usted abona un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** porcentaje que usted paga del costo total de un determinado servicio médico. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Puesto que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar los costos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. Si usted es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted no es responsable de pagar los costos que paga de su bolsillo que se computan para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.

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

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al monto que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de \$9,250.**

Los montos que paga para los *deducibles*, copagos y coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga para las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga para algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar ningún costo que paga de su bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas indica los servicios cubiertos por *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* (la cobertura para medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubren Medicare y Medicaid deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección, y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ciclos activos de tratamiento, incluso si el ciclo de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted obtiene atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que obtenga de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que reciba.

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

- Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante correspondientes.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y agudos, y los servicios psiquiátricos y hospitalarios para pacientes internados. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como *los servicios en el hogar y en la comunidad, u otros servicios específicos de Medicaid*.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubra Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que estén cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, nosotros también cubrimos estos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubra Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.

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

- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de supuesta elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, también continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyan de conformidad con este plan. Los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

No paga ningún costo por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se detallaron anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Afecciones crónicas a las que se aplica este beneficio:

- *Trastornos autoinmunitarios*
- *Cáncer*
- *Trastornos cardiovasculares*
- *Dependencia crónica al alcohol u otras drogas*
- *Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes*
- *Insuficiencia cardíaca crónica*
- *Trastornos pulmonares crónicos*
- *Demencia*
- *Diabetes*
- *Enfermedad hepática en etapa terminal*
- *Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)*
- *Trastornos endocrinos*
- *Trastornos gastrointestinales*
- *VIH/SIDA*
- *Hipertensión*
- *Trastornos neurológicos*
- *Osteoartritis*
- *Trastornos hematológicos graves*
- *Accidente cerebrovascular*
- Para los miembros elegibles (con las afecciones crónicas mencionadas anteriormente), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio de venta libre (OTC) para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para artículos OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.

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

- Para obtener más detalles, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define de esta manera: • Tiene una duración de 12 semanas o más; • aquel que no es específico, o sea, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • aquel que no está asociado con una cirugía; y • aquel que no está asociado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este servicio. No se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (continuación) Requisitos de proveedores: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) (conforme se consigna en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinde acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR).	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una emergencia, debería documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia. Se requiere autorización para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que sean habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubran una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para las personas que vivan con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos, y la coordinación y planificación de la atención.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no corran un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no corran un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para los pacientes mayores de 45 años que no corran un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado, al menos, 59 meses después del mes en que se haya realizado la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en el que se haya realizado la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado, al menos, 23 meses después del mes en el que se haya realizado la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. No se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no corran un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una prueba de detección planificada, una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como consecuencia de esta y en el mismo encuentro clínico que esta.	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de	No hay coseguro para los beneficios dentales cubiertos por Medicare y Medicaid. Se puede requerir autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación) dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: Los servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen los servicios dentales regulares y de rutina tales como exámenes dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes, dentaduras postizas y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento o atención de seguimiento para usted. Servicios dentales preventivos complementarios:	La cobertura de los servicios dentales preventivos complementarios está limitada a códigos de servicio seleccionados de las categorías siguientes: Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos complementarios: • Examen bucal periódico 2 cada 6 meses • Evaluación bucal limitada 2 cada 12 meses. • Evaluación bucal integral 1 por proveedor en la vida • Evaluación bucal (problema específico): 3 cada 12 meses.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación)	No se requiere autorización. • Radiografías dentales: Intraoral, serie completa, 1 cada 36 meses. Intraoral, periapical (D0220): 3 cada 6 meses. Intraoral, periapical (D0230, D02460) 6 veces cada 12 meses. Imagen radiográfica panorámica: cada tres años. No se requiere autorización. • Otros servicios de diagnóstico dental*: Captura e interpretación de tomografía computarizada (CT) de haz cónico: 1 cada 60 meses. *Se requiere autorización previa. Profilaxis (limpieza): 1 cada 6 meses No se requiere autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación)	Se requiere autorización previa. • Periodoncia Gingivectomía o gingivoplastia: 1 cada 12 meses, alargamiento de corona: 1 por diente, de por vida. Raspado periodontal y alisado radicular: 1 cada 24 meses, por sitio. Mantenimiento periodontal una vez cada 6 meses. Se requiere autorización previa. • Prostodoncia: Prótesis completa/parcial: 1 cada 96 meses, por arcada. Ajuste de dentadura: 4 cada 12 meses, por arco (no está cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la colocación). Se requiere autorización previa. • Protésicos maxilofaciales:

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación)	1 cada 12 meses. Se requiere autorización previa. • Servicios de implante: Colocación quirúrgica de implantes: 1 por diente, de por vida. • Servicios de pilares: 1 por diente, cada 96 meses. • Servicios de desbridamiento: 1 por diente, cada 24 meses. Se requiere autorización previa. • Prostodoncia : 1 cada 60 meses, por diente. Se requiere autorización previa. • Cirugía bucal y maxilofacial: • Extracción de diente erupcionado o impactado: 1 por diente, de por vida. • Alveoloplastia una vez por sitio/cuádruple, de por vida. Otras

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación)	cirugías orales y maxilofaciales por informe. Se requiere autorización previa. Se requiere una remisión. • Servicios generales complementarios: Tratamiento paliativo de urgencia: 2 cada 12 meses. Sedación profunda: máximo 60 minutos o 4 unidades. Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden cubrirse si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tengan diabetes (que usen y no usen insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre; glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padezcan diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina. No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible. • Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Se requiere autorización para el calzado ortopédico y plantillas terapéuticas para diabéticos cubierto por Medicare. Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos de Roche y LifeScan.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los productos cubiertos incluyen, entre otros, las sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa,	Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es \$0, <i>por mes</i>. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los productos de DME que sean médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org Por lo general, <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen de que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es la primera vez que usa <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriéndole esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	Si efectuó un pago de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, su costo compartido en <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> es de \$0. No hay coseguro, copago ni deducible para los productos cubiertos por Medicare y Medicaid. Se requiere autorización previa para cada DME (producto desechable que no tiene una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$250 o más. * Se requiere autorización previa para cada DME (producto no desechable que tiene una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$500 o más.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención médica de emergencia. Si obtiene atención médica de emergencia en un hospital que no

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrave rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. <i>Esta cobertura solo se brinda dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</i>	forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes internados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe desplazarse a un hospital que forme parte de la red para continuar con la cobertura de su atención O recibir su atención para pacientes internados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por nuestro plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando usted las obtiene de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Los productos y servicios auditivos de Medicaid se cubren cuando son médicamente necesarios para atenuar la discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición. Los servicios incluyen audífonos seleccionados, colocación y suministro; verificación de audífonos después del suministro, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos de audífonos, incluidos audífonos, moldes de audífonos, colocaciones especiales y piezas de reemplazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de VIH Para las personas que soliciten una prueba de detección de VIH o que estén en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas y cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de que reciba los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de una agencia de atención médica a domicilio. Se requiere autorización.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de infusión domiciliaria. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar (continuación) • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de conformidad con nuestro plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento	
Atención en un hospicio Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseamos, controlemos o en los que tengamos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando se lo ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el	Cuando se inscribe en un programa de servicios de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>. ElderServe MAP (HMO D-SNP) pagará una visita de consulta antes de que usted seleccione el hospicio. ElderServe MAP (HMO D-SNP) cubre los servicios de consulta sobre el hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita los servicios que no sean de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibirlos, solo deberá pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare Para los servicios cubiertos por <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>, pero no cubiertos por la Parte A ni Parte B de Medicare: <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> continuará brindando cobertura para los servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. (Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5).	seleccionado el beneficio del hospicio.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no esté relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicios (una única vez) para una persona que padezca una enfermedad terminal y que no haya optado por el beneficio del hospicio.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas), una vez cada temporada de la influenza/gripe, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas) adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Mensaje importante sobre lo que paga por ciertas recetas: no Pagará más que el monto del coaseguro por servicios de administración de quimioterapia, incluidos medicamentos de quimioterapia/radiación u otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Original Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por consumo de sustancias para pacientes internados Beneficio de Medicaid: Cubre hasta 365 días al año (366 días para los años bisiestos). • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de <i>trasplante</i> pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la	No hay copagos ni deducibles para la atención hospitalaria para pacientes internados. Se requiere autorización para la atención hospitalaria que no sea de emergencia para pacientes internados. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados se limitará a 90 días. Un período de beneficios comienza el primer día en que se lo ingrese como paciente internado en un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos apropiados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre. • Servicios médicos Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede que se lo considere un paciente externo de todos modos. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de información <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de información se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un centro de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude al hospital (o a un SNF) luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Si obtiene atención médica autorizada para pacientes internados en un hospital que no forme parte de la red una vez que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía hospitalaria. • Los beneficiarios de Medicare solo pueden recibir un límite de por vida de 190 días para los servicios de pacientes internados en un hospital psiquiátrico. • Los servicios en hospitales psiquiátricos para pacientes internados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados que proporciona un hospital general. Usted es elegible para recibir beneficios adicionales para la salud mental de Medicaid. <i>Cubrimos el cuidado médicamente necesario, incluidos los días que superen el máximo de 190 días de por vida.</i>	No hay copago ni deducible para la atención de la salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare. Se aplican las normas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes internados que no sea de emergencia.
Hospitalización: Servicios cubiertos que usted obtiene en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos	Si usted recibe servicios en un hospital o un centro de enfermería especializada de la red, no hay deducible ni copago para los servicios indicados en esta sección. Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que usted obtiene en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que obtenga los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles conforme a los planes médicos de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted obtiene los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte con su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Se requiere autorización para ciertos productos. Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. La Parte B puede cubrir nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para tratar la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, lo que incluye la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita Este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Procrit®)	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda) También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden obtener la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Análisis de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para servicios de tratamiento con opioides Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como las tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos ambulatorios. Se requiere autorización previa para las MRI y las PET. Servicios de laboratorio: Servicios de laboratorio de rutina: *no se requiere autorización. *Algunos servicios de laboratorio pueden requerir una autorización.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede que se lo considere un paciente externo de todos modos. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de información <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de información se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede que se lo considere un paciente externo de todos modos. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de la salud mental para los pacientes ambulatorios. Se requiere autorización.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de la salud mental para los pacientes ambulatorios. Se requiere autorización.
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Sesiones individuales y grupales para asesoramiento o terapia	No hay coseguro, copago ni deducible para cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos (continuación) • Tratamiento para el consumo inapropiado de alcohol o drogas Asesoramiento familiar según sea necesario para ayudar con el tratamiento.	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si se lo considerará un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de ingreso al hospital como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede que se lo considere un paciente externo de todos modos.	No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes ambulatorios. *No se requiere autorización para los servicios del centro de cirugía ambulatoria. Se requiere autorización para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del	No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos (continuación) terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación	No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios. No necesita una remisión para una visita al consultorio de un especialista proveedor del plan. *Solo las primeras 3 consultas a un especialista no requerirán autorización previa. Se requiere autorización para todas las consultas posteriores.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: • Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud • Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud calificados a nivel federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos en los siguientes casos: • No es un paciente nuevo y • El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y • El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas en los siguientes casos: • No es un paciente nuevo y • La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y • La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Segunda opinión <i>de otro proveedor de la red</i> antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT) calificados, fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y audiólogos	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen algunas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología. * Si no tiene un diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de la cuarta visita a un podólogo. * Si tiene diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de 6 visitas a un podólogo.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determinan que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. En caso de recibir un medicamento inyectable, cubriremos también la tarifa de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla).	No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados. Se requiere autorización.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes por año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque se inyecta o se ha inyectado drogas ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, si se ha seguido inyectando drogas ilícitas después de su último resultado negativo en la prueba de detección de Hepatitis C), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. *No se requiere autorización para los servicios de educación sobre enfermedad renal. * Se requiere autorización para un miembro no certificado como persona con ESRD en el formulario HCFA 2728.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios; se requiere una internación previa de 3 días como mínimo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención cubierta en un centro de atención de enfermería especializada. Se requiere autorización. Un período de beneficios comienza el día ingresa como paciente

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre): • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Por lo general, usted recibe atención de los SNF en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)	hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Las consultas de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco están cubiertas para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: - Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco - Demuestran ser competentes y estar alertas durante el asesoramiento - Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 tentativas para dejar de fumar por año (cada tentativa puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + comestibles: Para los miembros elegibles con ciertas afecciones crónicas, los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio. Los miembros con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para este beneficio:	El monto del beneficio para artículos OTC + comestibles es de \$302 por mes. Los miembros elegibles pueden usar el monto del beneficio de OTC en artículos, alimentos, productos frescos y servicios públicos elegibles de OTC.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (continuación) ○ Trastornos autoinmunitarios ○ Cáncer ○ Trastornos cardiovasculares ○ Dependencia crónica al alcohol u otras drogas ○ Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes ○ Insuficiencia cardíaca crónica ○ Trastornos pulmonares crónicos ○ Demencia ○ Diabetes ○ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) ○ Trastornos endocrinos ○ Trastornos gastrointestinales ○ VIH/SIDA ○ Hipertensión ○ Trastornos neurológicos ○ Osteoartritis ○ Trastornos hematológicos graves ○ Accidente cerebrovascular	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características: ● Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de capacitación de tratamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación ● Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico	No hay coseguro, copago ni deducible para el tratamiento con ejercicios supervisados cubierto. Se requiere autorización.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Contar con personal auxiliar calificado y capacitado en tratamiento con ejercicios para la PAD, que se encargue de impartirlo, para garantizar que los beneficios superen los daños • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas El programa de SET puede cubrirse en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la oportunidad de extender el tratamiento por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no constituye una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra para recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las consultas de rutina con el proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios de urgencia solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted no paga nada por las visitas de atención médica de urgencia cubiertas por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto: • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más: • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de la vista. Las evaluaciones diagnósticas para el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos están limitadas a 1 por año sin autorización previa. Todas las evaluaciones posteriores requerirán una autorización previa.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

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

ElderServe MAP (HMO D-SNP) es un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos servicios de atención a largo plazo adicionales, especialmente diseñado para miembros que requieren un nivel de atención en un hogar de convalecencia.

El siguiente cuadro enumera los beneficios adicionales de Medicaid y los servicios disponibles para los miembros de ElderServe MAP (HMO D-SNP). En la mayoría de los casos, usted usará su tarjeta de identificación (ID) de miembro de ElderServe MAP (HMO D-SNP) para recibir los beneficios adicionales descritos en esta sección.

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica diurna para adultos Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, sociales, terapia de rehabilitación, actividades recreativas, servicios dentales, servicios farmacéuticos y otros servicios complementarios. Servicios proporcionados en un SNF o un centro de extensión aprobado.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Servicios de tratamiento para la salud conductual: - Tratamiento asertivo comunitario (ACT) - Tratamiento diario continuo (CDT) - Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP) - Hospitalización parcial (PH) - Servicios personalizados de recuperación orientada (PROS) - Residencia en crisis - Centro de tratamiento de adicciones Rehabilitación para pacientes hospitalizados operado por el estado - Servicio residencial - Clínica ambulatoria - Rehabilitación para pacientes ambulatorios - Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE) - Crisis móvil	Copago de \$0. Se puede requerir autorización.
Servicio de asistencia personal dirigido al consumidor Un servicio especializado en el cual un miembro o una persona que actúa en su nombre, que se conoce como representante designado, autodirigen y gestionan la atención personal del miembro y otros servicios autorizados.	Copago de \$0. Se requiere autorización.

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

Los servicios incluyen la asistencia total o parcial para la higiene personal, vestirse y alimentarse, preparar las comidas y hacer las tareas del hogar, así como las tareas de un auxiliar de atención médica a domicilio y de enfermería. Estos servicios los proporciona un auxiliar elegido y orientado por el miembro o por un representante designado.	
Comidas a domicilio y en instituciones Las comidas que se proveen a domicilio o en instituciones, por ejemplo, centros para adultos mayores para individuos que no pueden preparar comidas ni que se las pueden preparar.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Servicios médicos sociales Evaluación médicamente necesaria, organizar y proveer ayuda para problemas sociales relacionados con la mantención de un individuo en el hogar.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Nutrición Evaluación del estado nutricional o las necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, educación en servicio e incluye consideraciones culturales.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Rehabilitación para pacientes ambulatorios Rehabilitación para pacientes externos (OT, PT, terapia del habla) Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), indicados por un médico u otro profesional con licencia están cubiertos como médicamente necesarios (sin límites en la cantidad de consultas).	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Servicios de atención personal Asistencia médicamente necesaria con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y tareas de función de soporte nutricional y ambiental. Los servicios de atención personal requieren una orden de un médico, aprobación previa y deben ser médicamente necesarios.	Copago de \$0. Se requiere autorización.

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

Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS) Dispositivo electrónico que permite a las personas asegurarse de obtener ayuda ante una emergencia física, emocional o ambiental.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Atención de enfermería privada Este tipo de servicio provee asistencia para la atención domiciliaria, la atención de un acompañante y servicios domésticos, y puede incluir servicios de enfermería especializada en su hogar o lugar de residencia. Esto se realiza de conformidad con el plan de tratamiento escrito del médico que realiza la indicación, el médico asistente registrado o el enfermero profesional. Una persona con una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del Estado de New York para ejercer como enfermero profesional registrado o enfermero practicante con licencia debe proveer los servicios de enfermería privada.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Apoyos ambientales y sociales Servicios y artículos para respaldar la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas, mejoras del hogar y atención de relevo.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Atención social diurna Programa estructurado e integral que ofrece a los individuos con discapacidad funcional socialización; supervisión y control; cuidado personal; y nutrición en un contexto de protección durante cualquier momento del día, pero durante un período menor a 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, el mantenimiento y la mejora de las destrezas cotidianas, el transporte, la asistencia del cuidador, y la coordinación y asistencia de casos.	Copago de \$0. Se requiere autorización.
Servicios de atención de la vista Los miembros reciben servicios para la vista cubiertos por Medicaid como servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, como anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (genéricos o a medida), accesorios y servicios para	Copago de \$0 Se requiere autorización.

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

corregir la visión defectuosa. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas, exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades de los ojos. Los exámenes de refracción cubiertos por Medicaid se limitan a uno cada dos (2) años a menos que de otro modo se justifiquen como médicamente necesarios. Los anteojos cubiertos por Medicaid no requieren cambiarse con más frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Los siguientes servicios no están cubiertos por *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, pero están disponibles a través de Medicaid:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, tal como se describe en el Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare para *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*. El seguro regular de Medicaid cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Ciertos servicios para la discapacidad del desarrollo y el retraso mental, incluidos los siguientes:

- Terapias a largo plazo
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos de conformidad con un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)
- Gestión de casos relacionados con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) para personas con VIH

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los miembros pueden asistir a cualquier médico o clínica de Medicaid que provea atención para planificación familiar. Usted no necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA ELDERSERVE MAP (HMO D-SNP)

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

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por ElderServe MAP (HMO D-SNP) o por Medicaid si su proveedor le informa con antelación que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por ElderServe MAP (HMO D-SNP) o Medicaid son los siguientes:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Productos personales y para la comodidad
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que ElderServe MAP [HMO D-SNP] lo envíe a usted a ese proveedor)

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare bajo ninguna condición o están cubiertos por Medicare O Medicaid solo bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial	Puede estar cubierto por ElderServe MAP como un beneficio de Medicaid.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	
Cargos que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su hogar	Puede estar cubierto por ElderServe MAP como un beneficio de Medicaid cuando los cargos son parte de los Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Puede estar cubierto por ElderServe MAP como un beneficio de Medicaid.
Entrega de comidas a domicilio	Puede estar cubierto por ElderServe MAP como un beneficio de Medicaid.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	Puede estar cubierto por ElderServe MAP como un beneficio de Medicaid.
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de	No cubiertos en ninguna situación

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Examen de la vista y un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

sUso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de Ayuda Adicional, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite *LIS Rider* (Cláusula adicional LIS). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contratapa de este documento).

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid. Usted puede obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos con receta en virtud de sus beneficios de Medicaid al ponerse en contacto con su plan de salud de Medicaid o con la Oficina de Gestión de Medicaid del Departamento de Salud (Medicaid) que se indica en el Capítulo 2 de este manual. Su plan de salud de Medicaid o la Oficina de Gestión de Medicaid del Departamento de Salud (Medicaid) pueden también proveer una Lista de medicamentos de Medicaid que le indique cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos de conformidad con Medicaid. Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

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

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o *puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan*.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas remisiones. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D de la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ElderServeHealth.org), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos o Tribales del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red. Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* www.ElderServeHealth.org o llame a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un suministro para **un máximo de 90 días**.

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios de Asistencia de Farmacia para Miembros al 1-855-898-1482 para solicitar una copia del formulario de pedido por correo. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, su receta no tendrá cobertura.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en no más de 10 días.

Si su receta de pedido por correo tarda más de 10 días, nuestro plan le permitirá surtir el medicamento con receta en una farmacia minorista.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, en los siguientes casos:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el envío automático de todas las recetas nuevas en cualquier momento *comunicándose con Servicios al Cliente*.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con el *Servicio al Cliente*.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con el *Servicio al Cliente*.

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

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

Si elige no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le acabe la receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros a través del *Servicio al Cliente*.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de recibir un suministro de largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de Farmacias* www.ElderServeHealth.org muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

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

Cubrimos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si está tomando un medicamento de mantenimiento y planea viajar, asegúrese de revisar cuánta medicación tiene antes de irse. Si no tiene suficiente, algunas farmacias minoristas permitirán un suministro por día extendido del medicamento.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se enferma, pierde o se le terminan los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si cumple con todas las demás normas de cobertura.

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitarnos un reembolso. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar sobre la cobertura para medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

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

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta.
- O bien, está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen ingredientes alternativos llamados biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares son tan eficaces como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Medicaid del estado de New York continúa proporcionando cobertura para ciertos medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare, como algunas vitaminas con receta y algunos medicamentos sin receta. Usted puede ponerse en contacto con el Programa de Medicaid del estado de New York para averiguar qué medicamentos excluidos están cubiertos de conformidad con su beneficio de Medicaid. El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, usted tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.ElderServeHealth.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (<https://link.zixcentral.com/u/091abd1b/XgmAbXVA7hGlpjcPh3soMg?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Flogin>) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente con la misma eficacia que uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte al Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, *pero* suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará en su caso o ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca, entonces cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa (PA) de nuestro plan se pueden obtener llamando a

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

Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a través del [enlace Criterios de PA](#) de nuestro sitio web.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a través del [enlace Criterios del ST](#) de nuestro sitio web.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, estas son las alternativas disponibles para usted:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será por un máximo de 30 *días*. Si su receta se emite para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para brindarle hasta un máximo de 30 *días* de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de *emergencia para 31 días* de un medicamento particular, o menos, si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Si su estado cambia de paciente con enfermedad terminal a paciente sin enfermedad terminal

Los cambios en el nivel de atención se producen cuando el afiliado pasa de un entorno de tratamiento a otro. Si alguno de los siguientes escenarios de cambio en el nivel de atención se aplica a usted, podría tener derecho a un suministro de transición de los medicamentos que está tomando actualmente:

- Abandona un hospital u otro entorno e ingresa en un centro de atención médica a largo plazo
- Abandona un centro de atención médica a largo plazo para irse a su casa.
- Le dan el alta hospitalaria para volver a su hogar
- Le dan el alta de un centro de atención de enfermería especializada

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría ser igual de eficaz para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

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

Si es un miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno menor y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

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

- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que tome (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos con receta de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid como se indica a continuación.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso

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

- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante requiera como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática por el medicamento.

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. A continuación, podrá **pedirnos un reembolso**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Está en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada y nuestro plan cubre su estadía

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

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

Consulte el *Directorio de farmacias* www.ElderServeHealth.org para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan de un empleador o grupo de jubilados

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

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

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma

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

- Cantidades no seguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para dar recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

No se lo colocará en un DMP si usted tiene algunas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención para el final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad, el horario y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, infórmenos y revocaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están 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 la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.ElderServeHealth.org), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que tendría que pagar. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Dado que usted recibe Ayuda Adicional, parte de la **información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no le corresponde**. Le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite *LIS Rider* (Cláusula adicional LIS).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le pueden pedir que pague:

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos por el programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes médicos del empleador o del sindicato, Servicio de Salud Indígena o programas de asistencia de medicamentos para el SIDA. Los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las instituciones benéficas.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

- Su prima mensual
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Los medicamentos que no están en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluya de la cobertura
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Llevar un registro de sus gastos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,100, la EOB de la Parte D le informará que usted dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que gastó estén completos y actualizados.

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

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado para sus medicamentos por el programa Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

- **Información para ese mes.** Este informe incluye detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y la información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, debe proporcionarnos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto aparte (*LIS Rider [Cláusula adicional LIS]*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda Adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene su primera receta en el año. Cuando se encuentre en esta etapa de cobertura, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. **Usted debe pagar el costo total de sus** medicamentos hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, usted sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan www.ElderServeHealth.org.

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

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido <i>(Medicamentos de marca y genéricos)</i>	Según sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente, el 25% del costo, o: Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago	Según sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente, el 25% del costo, o: Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago	Según sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente, el 25% del costo, o: Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago	Según sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente, el 25% del costo, o: Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su médico prefieran que reciba un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)	Según la “Ayuda Adicional”, usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago; o el 25% del costo.	Según la “Ayuda Adicional”, usted paga: \$0 de copago; o \$1.60 de copago; o \$4.90 de copago; o el 25% del costo.
Para cualquier otro medicamento	Según la “Ayuda Adicional”, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago; o el 25% del costo.	Según la “Ayuda Adicional”, usted paga: \$0 de copago; o \$5.10 de copago; o \$12.65 de copago; o el 25% del costo.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 para un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcancen el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

coseguro O copago por la vacuna (incluida la administración), y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero a usted.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que corresponde cubrirlo, le reembolsaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe presentar su reclamación dentro de los 60 días de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ElderServeHealth.org) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

ElderServe MAP
Attn: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

Para la Parte D (Reclamaciones de los medicamentos con receta) envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted cumplió con todas las normas, pagaremos el servicio o el medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish, Chinese and Russian and in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-362-2266 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with 1-800-362-2266, TTY users should call 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan es necesario para garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se ofrezcan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluidos español, chino y ruso, así como en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan requiere dar a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la participación de costos de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre a dónde ir para obtener este servicio con la participación de costos de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, al ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja al 1-800-362-2266, los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃要求確保所有服務，包括臨床和非臨床服務，都以具有文化能力的方式提供，並且向所有參加者開放，包括那些英語能力有限、閱讀技能有限、聽力障礙或擁有不同文化和種族背景的人。我們計劃滿足這些可及性要求的例子包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、打字電話或TTY（文字電話或打字電話）連接。我們的計劃提供免費的口譯服務，以回答非英語成員的問題。如果您需要，我們還可以提供其他語言的資料，包括西班牙語、中文和俄語，並且可以提供盲文、大字本或其他替代格式，全部免費。我們有責任以您可訪問且合適的格式向您提供有關我們計劃福利的信息。如需以適合您的方式從我們獲取信息，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY用戶請撥打711）。

我們的計畫要求為女性報名者提供直接訪問網絡內婦女健康專家的選項，以便獲得婦女的常規和預防健康護理服務。

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

如果我們計劃中的專科網絡內沒有可用的提供者，我們計劃的責任是在網絡外尋找專科提供者，以便為您提供必要的護理。在這種情況下，您僅需支付網絡內的費用分擔。如果您發現自己處於這種情況，即我們計劃的網絡內沒有涵蓋您所需服務的專家，請致電我們的計劃以獲取有關在哪裡以網絡內費用分擔獲得此服務的信息。

如果您在以可接受和適合您的格式獲取我們計劃的信息時遇到任何問題，請考慮諮詢女性健康專家或尋找網絡專家，並致電1-800-362-2266提出投訴，TTY用戶應該撥打711。您還可以通過撥打1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）向醫療保險提出投訴，或者直接向民權辦公室致電1-800-368-1019或TTY 1-800-537-7697。

Наш план необходим для обеспечения того, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом культурных особенностей и были доступны всем застрахованным, включая тех, кто имеет ограничения по знанию английского языка, ограниченные навыки чтения, проблемы со слухом или тех, кто принадлежит к различным культурным и этническим группам. Примеры того, как наш план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, но не ограничиваются, предоставление услуг переводчиков, услуг устного переводчика, телетайпов или подключения TTY (текстовая телефонная связь или телетайповый телефон).

Наша программа предлагает бесплатные услуги переводчиков для ответов на вопросы членов, говорящих не на английском языке. Мы также можем предоставить материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, китайский и русский, а также в Брайлевском шрифте, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах без дополнительной платы, если это необходимо. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах нашей программы в формате, который доступен и подходит вам. Чтобы получить информацию от нас удобным для вас способом, позвоните в службу поддержки членов по телефону 1-800-362-2266 (для пользователей TTY звоните по номеру 711).

Наш план требует предоставить женщинам, зарегистрированным в программе, возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в сети для рутинных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети поставщиков нашего плана по специализации нет доступных специалистов, наш план несет ответственность за поиск специализированных поставщиков вне сети, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только долю затрат в сети. Если вы окажетесь в ситуации, когда в сети поставщиков нашего плана нет специалистов, которые покрывают необходимую вам услугу, свяжитесь с нашим планом для получения информации о том, куда обратиться для получения этой услуги с долей затрат в сети.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Если у вас возникли проблемы с получением информации из нашего плана в формате, который доступен и подходит вам, обращение к специалисту в области женского здоровья или поиск специалиста сети, позвоните, чтобы подать жалобу по номеру 1-800-362-2266, пользователи TTY должны звонить по номеру 711. Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или напрямую в Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019 или TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No le pedimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 9 se explica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice (Aviso sobre prácticas de privacidad)*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Este formulario es un documento legal, independientemente de dónde lo obtenga. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entrégueles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Usted elige completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones allí incluidas, puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Medicaid de New York, Empire State Plaza, Corning Tower, 14th Floor, Albany, New York, 12237. También puede comunicarse con el Departamento de Salud llamando al 1-518-474-2011.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si considera que está recibiendo un trato injusto o que no se respetan sus derechos

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

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1800-701-0501. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (*Derechos y protecciones de Medicare*) (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#) [*Derechos y protecciones de Medicare*])
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles acerca de los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, *no puede seguir siendo* miembro del plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

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

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para tratar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudar:

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

Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios que los asesores del SHIP ofrecen son gratuitos.

El Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado de New York se llama Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP). Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento puede encontrar los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

Puede escribir al Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección del LDSS [aquí](#)

También puede visitar el [sitio web de Medicaid del Estado de New York](#).

Programa de Medicaid del estado de New York:

Llame al	Línea de ayuda de Medicaid del estado de New York: 1-800-541-2831 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Disponible los sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. TTY: 711
Escriba a	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS aquí :
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo vale para **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A veces se denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no están combinados. En esos casos, use un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso debe utilizar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Visite la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original gestionan su apelación.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

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

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá nombrar como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Appointment of Representative (Designación de un representante)*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org).
 - Su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica pide que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Appointment of Representative (Designación de un representante)*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

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

Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una:

- **Sección 6:** “Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7:** “Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto”
- **Sección 9:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto”. (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]*)

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero que pagó por su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo determinados servicios de atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han comunicado que la cobertura de determinados servicios de atención médica que ha recibido (que habíamos aprobado previamente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar, por lo general, se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos y 24 horas para medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que utilizaremos los plazos estándares.
 - Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de que recibamos su solicitud por un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento de la **Parte B**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le

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

impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Si le indicamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
- Si cumple este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura en un plazo de **30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
 - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, le explicaremos en la carta cómo usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

Término Legal:

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

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

- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo que **Medicare** normalmente **cubre**, su caso se enviará de manera automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que **Medicaid** normalmente **cubre**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta, se le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 153 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

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

- Si su problema involucra un servicio que suele estar cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema se relaciona con un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión de nuestro plan.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

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

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

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

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

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

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

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

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

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Le explicará la decisión.
 - Avisarle sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Solicitar una audiencia imparcial estatal.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios generalmente cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial estatal. Usted debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviemos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Si nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1 no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo obtener una, quién puede comparecer en dicha audiencia en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo realizar la solicitud. Si rechazamos su apelación por motivos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, en el aviso también se explicará cómo solicitar una “apelación externa” de nuestra decisión ante el estado de New York.

Si estamos reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado y usted desea asegurarse de que sus servicios continúen en espera de la audiencia imparcial, debe presentar su solicitud de audiencia imparcial en un plazo de **10 días a partir de la fecha del aviso de determinación adversa final**.

Si estamos reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado y usted desea asegurarse de que sus servicios continúen en espera de la audiencia imparcial, debe presentar su solicitud de audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso de determinación adversa final.

Para presentar una audiencia imparcial estatal, comuníquese con la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (OTDA):

- Formulario de solicitud en línea: Solicitud de audiencia | Audiencias imparciales | OTDA (ny.gov)
- Envíe por correo un formulario de solicitud imprimible:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023 Albany, New York 12201-2023
- Envíe por fax un formulario de solicitud imprimible: (518) 473-6735
- Solicitud por teléfono:

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

Línea estándar de audiencia imparcial: 1 (800) 342-3334

Línea de audiencia imparcial de emergencia: 1 (800) 205-0110

Línea TTY: 711 (solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

Para personas que no residen en la ciudad de New York:

Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

40 North Pearl Street

Albany, New York 12243

Para los residentes de la ciudad de New York:

Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

5 Beaver Street

New York, New York 10004

Después de solicitar una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso con la hora y el lugar de la audiencia. En la audiencia, se le pedirá que explique por qué cree que esta decisión es incorrecta. Un funcionario de audiencias escuchará tanto a usted como al plan y decidirá si nuestra decisión fue incorrecta. Si el estado rechaza su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamará y le enviará una carta. Si se deniega su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, el estado procesará su audiencia imparcial en 90 días.

Si el estado aprueba su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamará para darle la fecha y hora de su audiencia. Todas las audiencias imparciales de vía rápida se llevarán a cabo por teléfono.

Para prepararse para la audiencia:

- **Le enviaremos una copia del “paquete de pruebas” antes de la audiencia.** Esta es la información que utilizamos para tomar una decisión sobre sus servicios. Le daremos esta información al funcionario de audiencias para que explique nuestra decisión. Si no hay suficiente tiempo para enviárselo por correo, le llevaremos una copia del paquete de pruebas a la audiencia. Si no recibe el paquete de pruebas antes de la semana anterior a su audiencia, puede llamarnos al 1-800-362-2266 para solicitarlo.

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

- **Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso y otros documentos.** El expediente del caso contiene su historia clínica y puede contener más información sobre por qué se modificó o no se aprobó su servicio médico. También puede solicitar ver las guías y cualquier otro documento que hayamos utilizado para tomar esta decisión. Puede llamarnos al 1-800-362-2266 para ver el expediente del caso y otros documentos o para solicitar una copia gratuita. Solo se le enviarán copias por correo si usted indica que desea que se envíen por correo.
- **Tiene derecho a que una persona lo acompañe para que lo ayude en la audiencia,** como un abogado, un amigo, un familiar o alguien más. En la audiencia, usted o esta persona pueden darle al funcionario de audiencias algo por escrito o simplemente decir por qué la decisión fue incorrecta. También puede traer personas para que hablen a su favor. Usted o esta persona también pueden hacer preguntas a cualquier otra persona en la audiencia.
- **Tiene derecho a presentar documentos que respalden su caso.** Lleve una copia de cualquier documento que crea que ayudará a su caso, como cartas del médico, facturas de atención médica y recibos. Puede ser útil llevar a su audiencia una copia de este aviso y todas las páginas que lo acompañan.
- **Es posible que pueda obtener ayuda legal llamando a** la Sociedad de Ayuda Legal o al grupo de defensa local. Para encontrar un abogado, consulte las páginas amarillas en “Abogados” o visite www.LawhelpNY.org. En la ciudad de New York, llame al 311.

Apelación externa

Tiene otros derechos de apelación si le informamos que el servicio que solicitó:

1. no fue médicamente necesario;
2. fue experimental o de investigación;
3. no difiere de la atención que puede recibir en la red del plan; o
4. está disponible de un proveedor participante que tenga la formación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al estado de New York (NYS) una apelación externa independiente. Esto se denomina apelación externa porque la deciden revisores que no trabajan para ElderServe MAP (HMO D-SNP) ni para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. El servicio debe encontrarse en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco común. No debe pagar por las apelaciones externas.

Tiene **4 meses** a partir de la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1 para solicitar una apelación externa.

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

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 si necesita ayuda para presentar una apelación externa. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa indica qué información será necesaria.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud de apelación externa:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Visite el [sitio web del Departamento de Servicios Financieros](#).
- Comuníquese con nosotros al <Insert Appropriate Health Plan Toll-Free Number>

La decisión sobre su apelación externa se tomará en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Usted y ElderServe MAP (HMO D-SNP) recibirán la decisión final dentro de los dos días posteriores a la toma de la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico dice que una demora causará un daño grave a su salud; o
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencia y su plan rechaza la atención hospitalaria.

Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si solicitó tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de dejar el hospital, continuaremos pagando su estadía si:

- solicita una apelación de Nivel 1 de vía rápida dentro de las 24 horas, **Y**
- al mismo tiempo, solicita una apelación externa de vía rápida.

Continuaremos pagando su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación de Nivel 1 de vía rápida en 24 horas. La apelación externa por la vía rápida se decidirá en 72 horas.

El revisor de la apelación externa les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, se enviará una carta para informarle la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas. Si solicita tanto una audiencia imparcial **como** una apelación externa, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será la que cuente.

Paso 2: La oficina de la audiencia imparcial le da una respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le informará su decisión por escrito y explicará los motivos.

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

- **Si la oficina de audiencias imparciales acepta, total o parcialmente, su solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o brindar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión de dicha oficina.
- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza su apelación total o parcialmente,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**).

Si rechazan su solicitud total o parcialmente, puede presentar otra apelación.

Si la organización de revisión independiente o la oficina de audiencias imparciales rechazan total o parcialmente su solicitud, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que le envía la oficina de audiencias imparciales describirá la próxima opción de apelación.

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

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, pídale al plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica. Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, pídanos que tomemos una decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

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

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 6.3. Para apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

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

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación para que tengan cobertura.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**Término Legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4.**

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

En esta sección, se le indica cómo puede solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación.

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

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

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

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

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que está pidiendo una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

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

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal:

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**

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

- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico o la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que utilizaremos los plazos estándares.
 - Que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas, pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario *CMS Model Coverage Determination Request (Solicitud para la determinación de cobertura modelo de los CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.ElderServeHealth.org. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no obtuvo

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura acordada **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.

Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario.

Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4.

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

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-800-362-2266).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *CMS Model Redetermination Request Form (Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.ElderServeHealth.org. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una

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

organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que todavía no obtuvo

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes de ese lapso si aún no obtuvo el medicamento y su afección médica lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Término Legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó dicha organización **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Le explicará la decisión.
- Le informará sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** se incluye más información sobre el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.

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

- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-362-2266 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no implica** que esté aceptando una fecha de alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

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

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, use el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Llame al HIICAP al 1800-701-0501. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es *posible que deba pagar todos los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha planificada para el alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que se comuniquen con nosotros le proporcionaremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en Internet en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

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

¿Qué sucede si la aceptan?

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

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados se cancelará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Si decide hacer una nueva apelación, esto significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente acepta su apelación: continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esos servicios, *dejaremos de pagar por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un periodo más prolongado.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *únicamente* que recibió información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

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

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

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

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de cancelación de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Notice of Medicare Non-Coverage [Aviso de no cobertura de Medicare]*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Notice of Medicare Non-Coverage (Aviso de no cobertura de Medicare).
- Si no cumple con el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene sus derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para la mejora de la calidad.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que da detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Detailed Explanation of Non-Coverage (Explicación detallada de no cobertura)* donde se explican detalladamente los motivos por los cuales queremos cancelar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores aprueban su apelación, **debemos seguir prestándole el servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores rechazan, entonces **su cobertura se cancelará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

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

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya cancelado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que se cancelaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que se cancelaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**

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

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que se apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentación de una queja

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo han alentado a retirarse de nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una <i>decisión rápida</i> sobre la cobertura o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **suele ser el primer paso**. Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.

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

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- ElderServe MAP acepta reclamos en forma oral o escrita. Puede presentar un reclamo en cualquier momento. Si presenta un reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos cualquier información adicional que sea necesaria para revisar completamente su reclamo. Nuestro Plan responderá a su reclamo tan pronto como su afección lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del reclamo. En algunas circunstancias, es posible que le convenga presentar una queja rápida. **Ya sea que llame o escriba, debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **ahora mismo.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga

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

por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no puede resolver sus necesidades dentro del plan, también puede comunicarse con el Departamento de Salud de New York y presentar una queja en cualquier momento a: NYS Department of Health Bureau of Managed Long-Term Care, One Commerce Plaza, 99 Washington Avenue, Suite 1620, Albany, NY 12210. Puede llamar al 1-866-712-7197 o enviar un correo electrónico a mltctac@health.ny.gov.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York sobre su queja. Comuníquese con el Departamento de Salud por los siguientes medios:

- Teléfono: 1-866-712-7197
- Correo postal: New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- Correo electrónico: mltctac@health.ny.gov

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York sobre su queja. Comuníquese con el Departamento de Salud por los siguientes medios:

- Teléfono: 1-800-206-8125
- Correo postal: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov

CAPÍTULO 10:

Cancelar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describen situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que cancele su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan mediante la elección de una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

- Llame a la Oficina de Medicaid de su estado al 1-800-541-2831 para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Otras opciones del plan de salud de Medicare están disponibles durante el **Periodo de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Periodo de inscripción abierta.
- **Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Periodo de inscripción abierta** de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener una lista completa, comuníquese con nuestro plan, llame a Medicare o visite www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si usted tiene Medicaid de New York
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE)
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos periodos de inscripción especial. En la Sección 10 del Capítulo 5 se le proporcionan más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** En la Sección 2.1 se incluye más información sobre el Periodo de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

Los periodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar la cobertura de medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar nuestro plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el Periodo de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben Ayuda Adicional.

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan**Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de *New York Medicaid*, llame a *New York State Medicaid Choice*, 1-800-505-5678, 711, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Averigüe cómo afiliarse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de New York.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* usted debe continuar recibiendo sus servicios, artículos médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si lo internan el día en que cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* debe cancelar nuestra membresía en el plan en ciertas situaciones

***ElderServe MAP (HMO D-SNP)* debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Tal y como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Continuará siendo elegible para *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* durante un periodo de 90 días calendario (desde la fecha en que dejó de calificar para Medicaid). Si no ha restablecido su cobertura de Medicaid al final de los 90 días, cancelaremos su inscripción en *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*.
- Si no paga sus gastos médicos, si corresponde
- Si se muda fuera del área de servicio

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Debemos iniciar una cancelación de inscripción de Medicaid si se ausenta del área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
 - Si usted debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar).

Capítulo 10 Cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

ElderServe MAP (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le pedimos que se retire de nuestro plan por razones de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Conforme con la normativa de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme con la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Capítulo 12 Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de *ElderServe MAP [HMO D-SNP]*, solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Periodo de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo de beneficios nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico: Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan productos biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca: Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Capítulo 12 Definiciones

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrave rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Capítulo 12 Definiciones

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (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 con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Queja integrada: Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluido una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este no abarca disputas sobre la cobertura o el pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio: Un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede que se lo considere un paciente externo de todos modos.

Capítulo 12 Definiciones

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Periodo de inscripción inicial: El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado: Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. A estas personas también se les conoce como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP)

Plan de necesidades especiales equivalentes a instituciones (IE-SNP): Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Adicional.

Capítulo 12 Definiciones

Programa de Descuentos del Fabricante: Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo que paga de su bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota:** Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

Medicaid (o asistencia médica): Un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare: El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: El periodo de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Capítulo 12 Definiciones

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de necesidades especiales, los programas piloto/de demostraciones y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *periodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12 Definiciones

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: El periodo de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización integrada: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare consta de 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Capítulo 12 Definiciones

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo: Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: Un plan Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: Consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

Capítulo 12 Definiciones

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión: Una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costos compartidos estándar: Los costos compartidos estándar son costos compartidos distintos de los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Capítulo 12 Definiciones

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no constituye una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra para recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las consultas de rutina con el proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
Llame al	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
Escriba a	ElderServe MAP Attn: Member Services 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de New York)

HIICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que están inscritas en Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-701-0501
TTY	212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	New York City Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 Nassau County Department of Human Services Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Boulevard Suite #260 Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Sitio web	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.