

Hamaspik Medicare Choice **2024**

Evidencia de Cobertura



H0034_HMCEOC0822_C

HAMASPIK, INC.

1 de enero – 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare y Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro de Hamaspik Medicare Choice (HMO Dual-SNP y Plan MAP)

Este documento le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos recetados y atención médica en virtud de Medicare, y su cobertura de Medicaid, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en una ubicación segura.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

Esta llamada es gratuita.

El presente plan, Hamaspik Medicare Choice, es ofrecido por Hamaspik, Inc. (Cuando la *Evidencia de Cobertura* sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik Medicare Choice. Cuando indica “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Choice).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Llame a Servicios para Miembros.

La información también está disponible en formatos alternativos como imprenta grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números mencionados para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, red de farmacias, y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con un mínimo de 30 días de antelación.

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

- La prima de su plan y el reparto de costos;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita asistencia adicional; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Hamaspik Medicare Choice es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un plan Medicaid Advantage Plus (MAP) con un contrato de Medicaid del Estado de New York. La inscripción en Hamaspik Medicare Choice depende de la renovación del contrato.

H0034_HMCEOC0823_C

Evidencia de Cobertura 2024 Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6	
SECCIÓN 1	Introducción	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3	Material relevante de membresía que recibirá.....	12
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Hamaspik Medicare Choice	14
SECCIÓN 5	Más información sobre la multa por inscripción tardía.....	17
SECCIÓN 6	Mantener su registro de membresía del plan Hamaspik Medicare Choice Actualizado.....	19
SECCIÓN 7	De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan.....	20
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	22	
SECCIÓN 1	Contactos de Hamaspik Medicare Choice (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	23
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare).....	27
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado de New York (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad	29
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	30
SECCIÓN 6	Medicaid.....	31
SECCIÓN 7	Información acerca de los programas para ayudar a que las personas paguen por sus medicamentos recetados.....	33
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	36
SECCIÓN 9	¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	36
CAPÍTULO 3: <i>Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura</i> .	37	
SECCIÓN 1	Aspectos importantes a saber acerca de su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	38
SECCIÓN 2	Uso de proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios.....	40
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios al momento de una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	45
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de sus servicios?	47
SECCIÓN 5	¿De qué manera tienen cobertura los servicios médicos cuando usted es parte de un “estudio de investigación clínica”?	48

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una “institución de atención de salud religiosa”.....	50
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.....	51
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar) 53</i>		
SECCIÓN 1	Comprensión de sus gastos fuera del bolsillo para servicios cubiertos.....	54
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué tiene cobertura y cuánto pagará.....	556
SECCIÓN 3	¿Qué servicios tienen cobertura fuera de Hamaspik Medicare Choice?	104
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no tienen cobertura por el plan <i>O Medicare O Medicaid</i> ?.....	104
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 106</i>		
SECCIÓN 1	Introducción	107
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan	108
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	111
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos	114
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted desea cobertura?	115
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	118
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no tienen cobertura por el plan?	120
SECCIÓN 8	Surtir una receta	122
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	122
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos	124
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D 126</i>		
SECCIÓN 1	Introducción	127
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de en qué “etapa de pago de medicamento” se encuentre y de cuándo obtiene el medicamento.....	130
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago de medicamento se encuentra	130
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos	132
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga por su parte.....	132
SECCIÓN 6	No hay cobertura para Hamaspik Medicare Choice.....	136
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	136
SECCIÓN 8	Información adicional de beneficios	136
SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene ..	136
CAPÍTULO 7: <i>Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura 139</i>		

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debería solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos o medicamentos.....	140
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que haya recibido	142
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	143
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		144
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	145
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	151
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>.....		153
SECCIÓN 1	Introducción	154
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	154
SECCIÓN 3	Para lidiar con sus problemas, ¿qué procesos debo utilizar?.....	156
SECCIÓN 4	Gestionar problemas con sus beneficios de Medicare.....	156
SECCIÓN 5	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	157
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación a una decisión de cobertura.....	160
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	170
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto	178
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto	185
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	191
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes.....	194
CAPÍTULO 10: <i>Dar término a su membresía en el plan</i>.....		198
SECCIÓN 1	Introducción al término de su membresía en nuestro plan	199
SECCIÓN 2	¿En qué momento usted puede dar termino a su membresía en nuestro plan?.....	199
SECCIÓN 3	¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?.....	202
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	204
SECCIÓN 5	Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	204
CAPÍTULO 11: <i>Anuncios legales</i>		207
SECCIÓN 1	Notificación acerca de la ley vigente	208
SECCIÓN 2	Notificación acerca de la no discriminación	208
SECCIÓN 3	Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	208
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>.....		209

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Hamaspik Medicare Choice, que es un Plan Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid del Estado de New York:

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con una enfermedad renal en etapa terminal (falla renal).
- **Medicaid** es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid depende del estado y del tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar por sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no tengan cobertura por Medicare.

Término Legal: Prima

Una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro, o un plan de atención médica para su cobertura de salud o medicamentos recetados. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no tengan cobertura por Medicare.
--

Usted ha optado por recibir su atención de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados, y sus servicios cubiertos de Medicaid a través de nuestro plan, Hamaspik Medicare Choice. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, el reparto de costo y acceso a proveedores en este plan difieren de lo indicado por Original Medicare.

Hamaspik Medicare Choice es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales), lo que significa que sus beneficios se diseñaron para personas con necesidades de atención médica especializada. Hamaspik Medicare Choice se diseñó para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Término Legal: Plan de Necesidades Especiales
--

Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica focalizada para grupos de personas específicas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que habitan en una residencia de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Debido a que recibe ayuda de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), usted no pagará nada por los servicios de atención médica de Medicare. Hamaspik Medicare Select también cubre diversos beneficios adicionales que tienen cobertura de Medicaid del Estado de New York, así como otros beneficios que generalmente no tienen cobertura en virtud de Medicare o Medicaid. Todos sus servicios que cuenten con cobertura se indican en el Capítulo 4 de este folleto.

Término Legal: Deducible

Un deducible es el monto que usted debe pagar por atención médica o recetas antes de que su plan comience a pagar.

También recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Hamaspik Medicare Choice ayudará a gestionar todos estos beneficios por usted, para que obtenga servicios de atención médica y la asistencia de pagos a la que tiene derecho.

Hamaspik Medicare Choice está dirigido por una organización privada. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid del Estado de New York para proporcionar y coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid. Le explica sus derechos y responsabilidades, lo que tiene cobertura y lo que usted paga como miembro del plan, y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Hamaspik Medicare Choice.

Es importante para usted aprender cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos reservar algo de tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si se confunde, le preocupa algo o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros.

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

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Hamaspik Medicare Choice cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario), su Manual de Miembro de Medicaid, y cualquier anuncio que usted reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos anuncios en ocasiones se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato permanece vigente por los meses en los cuales usted permanece inscrito entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que cambiamos los costos y beneficios de Hamaspik Medicare Choice después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe dar su aprobación a Hamaspik Medicare Choice cada año. Usted puede continuar cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando determinemos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requerimientos de elegibilidad
--

Usted es elegible para tener membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y Parte B de Medicare.
-- y --
- Usted viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio). Si ha sido miembro de nuestro plan de forma continua desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de 1999, sigue siendo elegible siempre y cuando no se haya mudado desde antes de enero de 1999. No se considera a las personas en prisión como residentes del área geográfica de servicio incluso si se encontrasen físicamente ubicados en ella.
-- y --
- usted sea un ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en territorio estadounidense
-- y --
- Usted cumpla con los requerimientos de elegibilidad especial descritos a continuación.

Requerimientos de elegibilidad especial para nuestro plan

Nuestro plan se diseñó para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid del Estado de New York y debe reunir los siguientes criterios de elegibilidad:

- Tener 18 años o ser mayor
-- y --
- Tener una enfermedad crónica o discapacidad que le confiera elegibilidad para servicios que habitualmente se entregan en una residencia de ancianos;
-- y --

- Ser elegible para los servicios de atención a largo plazo, según la evaluación de elegibilidad del estado de New York que completa el plan o una entidad designada por el Estado;
-- y --
- Ser capaz, en el momento de la inscripción, de permanecer en su domicilio y comunidad sin poner en riesgo su salud e integridad, o de regresar a su hogar (en caso de que actualmente esté en un hospital o instalación de enfermería especializada);
-- y --
- Solicitar gestión de atención y tener previsto necesitar al menos uno de los siguientes servicios de Atención a Largo Plazo en la Comunidad por más de 120 días:
 - Servicios de enfermería en el hogar;
 - Terapias en el hogar;
 - Asistencia de salud en el hogar o servicio de cuidado personal en casa;
 - Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS);
 - Atención sanitaria de día para adultos; o
 - Enfermería privada.

Se aplican condiciones adicionales. Tenga en cuenta que existen ciertos programas de Medicaid que excluirían la elegibilidad en caso de que usted participe de estos. Para más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero tiene previsto razonablemente recuperar la elegibilidad dentro de 90 días, entonces usted aún se considera elegible para membresía en nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1 le indica acerca de la cobertura y el reparto de costos durante un período de elegibilidad considerada como continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos de atención médica y a largo plazo para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también deciden cómo dirigir sus programas siempre que sigan las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B, y otros repartos de costos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Específico (SLMB):** Ayuda a pagar primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar primas de la Parte B.

- **Personas Funcionales y Discapacitadas Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar primas de la Parte A

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Hamaspik Medicare Choice

Hamaspik Medicare Choice está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio descrita a continuación incluye los condados del estado de Nueva York de:

Bronx	Queens
Dutchess	Richmond (Staten Island)
Kings (Brooklyn)	Rockland
Nassau	Sullivan
New York (Manhattan)	Ulster
Orange	Westchester
Putnam	

Término Legal: Área de servicio

Una zona geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si se limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Si planea trasladarse a un nuevo estado, debe contactar a la oficina de Medicaid en su estado y preguntar cómo este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono para Medicaid aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

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

También es importante que usted llame al Seguro Social si se traslada o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanos con residencia legal en Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Hamaspik Medicare Choice si no es elegible para seguir siendo miembro en base a lo mencionado. Hamaspik Medicare Choice debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

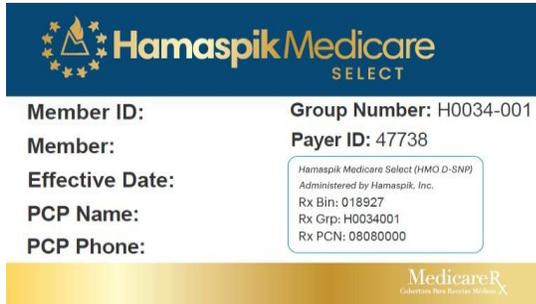
Término Legal: Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

SECCIÓN 3 Material relevante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. Aquí se muestra la tarjeta de membresía para enseñarle cómo debe lucir su tarjeta:



Parte frontal
de tarjeta de
identificación
de miembro



Reverso de la
tarjeta de
identificación
de miembro

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul o su tarjeta de Medicaid para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Hamaspik Medicare Choice, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría solicitar que le muestre si usted necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica rutinarios aprobados por Medicare también denominados ensayos clínicos.

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

El *Directorio de Proveedores y Farmacias de Hamaspik Medicare Choice* enumera a nuestros actuales proveedores y prestadores de equipo médico duradero dentro de nuestra red. Los proveedores de red son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, prestadores de equipo médico duradero, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier reparto de costos de plan como pago por completo.

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lugar sin la debida autorización deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son emergencias,

servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones donde sea poco razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área, y casos en los cuales Hamaspik Medicare Choice autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Se ha incluido una copia de nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias de Hamaspik Medicare Choice* en nuestro sitio web www.hamaspik.com. Puede buscar proveedores en su área e imprimir la información según sea necesario. Si desea una copia del *Directorio de Farmacias y Proveedores*, llame a Servicios para Miembros. Se le enviarán los Directorios de Proveedores por correo postal dentro de tres días hábiles.

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores y Farmacias del Hamaspik Medicare Choice: Su guía a todos los proveedores y farmacias en la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias de Hamaspik Medicare Choice* enumera a nuestras farmacias de la red. Las farmacias de la red son todas aquellas que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar la farmacia de red que necesita. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información respecto a cuando puede usar farmacias que no se encuentren en la red del plan. También incluye información para darle a conocer qué proveedores aceptan Medicaid del Estado de New York.

Término Legal: Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no trabajan, forman parte u operan según las directrices de nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle servicios cubiertos.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Recetados del plan (*Formulario*)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Recetados (Formulario)*. Se abrevia la “Lista de Medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D incluido en Hamaspik Medicare Choice. Los medicamentos que figuran en esta lista tienen cobertura por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requerimientos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de Medicamentos” de Hamaspik Medicare Choice.

La “Lista de Medicamentos” también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura para sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. La “Lista de Medicamentos” que le ofrecemos incluye información para los medicamentos cubiertos de uso más común entre nuestros miembros. Sin embargo, ofrecemos cobertura para medicamentos adicionales que no se incluyen en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la “Lista de Medicamentos”, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si tiene cobertura). Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.hamaspik.com) o llamar a Servicios para Miembros

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Hamaspik Medicare Choice

Sus costos podrían contemplar lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal. El programa de “Ayuda Adicional” brinda ayuda a las personas con recursos limitados para pagar por sus medicamentos. Puede encontrar más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si usted califica, la inscripción en uno de los programas podría reducir su prima mensual del plan.

Término Legal: Ayuda Adicional

Un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro. Consulte el Capítulo 2 para conocer más detalles de Ayuda Adicional.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información acerca de las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no aplicarse a su persona**. Hemos incluido un inserto separado, llamado *Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Las primas de la Parte B y Parte D de Medicare difieren para personas con distintos niveles de ingresos. Si tiene preguntas acerca de estas primas revise su copia del manual *Medicare y Usted 2024*, en la sección denominada *Costos de Medicare para 2024*. Si necesita una copia puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted no paga una prima mensual de plan. Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid del Estado de New York u otro tercero se encargue de pagar su Prima de la Parte B).

Usted no paga una prima mensual de plan separada para Hamaspik Medicare Choice.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros podrían pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Hamaspik Medicare Choice, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y para su prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía (LEP) de la Parte D

Debido a que puede optar a doble elegibilidad (lo que significa que tiene Medicare y Medicaid), la Multa por Inscripción Tardía (LEP) no se aplica siempre y cuando usted mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si pierde dicha condición, podría ser objeto de LEP. La multa de inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después del periodo de inscripción inicial, existe un periodo de 63 días consecutivos o más en el cual usted no contaba con cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es un tipo de cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta penalización siempre y cuando tenga cobertura de la Parte D.

Usted **no tendrá** que pagar si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos para Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos corresponde a una cobertura acreditable. Esta información se le debe enviar mediante una carta o debe ser incluida en un boletín del plan. Mantenga esta información, ya que podría necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** El anuncio debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare paga.
 - **Nota:** Los siguientes son ejemplos de cobertura de medicamentos recetados *no* acreditables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuento en medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuese elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no contaba con una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la brecha en la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes en el que usted no contaba con cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasó 14 meses sin cobertura, la penalización ascenderá al 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2023, este monto de prima promedio es de \$38.90. Este monto podría cambiar en 2024.
- Para calcular su penalización mensual, debe multiplicar el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y luego redondearla a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo señalado, sería 14% veces **\$38.90**, lo que da un total de **\$5.45**. Esto se redondea a **\$5.50**. Este monto se añadirá a la prima mensual para algunos con una multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, debido a que la prima mensual promedio puede variar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes siempre y cuando esté inscrito en un plan que tenga beneficios por medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura tras su periodo de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En líneas generales, usted debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta que reciba indicándole que pague una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si tuviera que pagar una multa antes de unirse a nuestro plan, es probable que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera por una revisión de la decisión acerca de su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría anular su inscripción por incumplimiento del pago de sus primas del plan.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cobro adicional se calcula empleando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si el monto se sitúa por encima de cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el importe IRMAA adicional. Para obtener más información respecto al importe adicional que tenga que pagar en base a su ingreso, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será su monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficio del Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario u Oficina de Gestión de Personal, independiente de cómo usted pague generalmente por su prima de plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, Medicare le emitirá una factura. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima de plan mensual. Si usted no paga el monto adicional se cancelará su inscripción del plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está conforme con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más acerca de esto, contacte al Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (Usuarios TTY llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre la multa por inscripción tardía

Sección 5.1 Existen varias formas en las que puede pagar su penalización por inscripción tardía.

Existen tres formas en las que puede pagar su penalización por inscripción tardía, si esto se aplica para usted.

Opción 1: Pagar con cheque

Si desea pagar con cheque, Hamaspik Medicare Choice le enviará un estado de cuenta mensual para demostrar que debe pagar la multa por inscripción tardía. Su pago vence mensualmente y debe recibirse antes del quinto (5º) día del mes. Los cheques deben dejarse pagaderos a nombre de Hamaspik Medicare Choice. Si su cheque no puede ser procesado debido a fondos insuficientes en su cuenta, su banco puede cobrarle una tarifa.

Puede enviar por correo su pago por inscripción tardía a la siguiente dirección:

Hamaspik Medicare Choice
58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952

Opción 2: Retiro automático desde su cuenta

Puede elegir que su multa por inscripción tardía se retire directamente de su cuenta corriente. Consulte con su banco para saber si hay un formulario específico que deba completar. Si selecciona esta opción, la multa por inscripción tardía de la Parte D se retirará el primer día del mes.

Opción 3: Hacer que su multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa mensual por inscripción tardía de esta manera. Estaremos complacidos de ayudarle a preparar esto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Cambiar la forma de pago de su prima.

Si decide cambiar la opción a través de la cual paga su prima, su nuevo método de pago podría demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774.

¿Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan?

El pago de su prima del plan vence en nuestra oficina el día 30 del mes. Si no hemos recibido su pago antes del quinto día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de 30 días.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con su prima del plan.

Si cancelamos su membresía debido al no pago de la prima de su plan, tendrá cobertura médica en virtud de Original Medicare. Mientras reciba “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, seguirá teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba por una multa por inscripción tardía impaga. Tenemos derecho a solicitar el cobro del monto que adeuda. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que adeuda antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos dado término a su membresía de forma incorrecta, puede efectuar una denuncia (también llamado reclamo); consulte el Capítulo 9 para aprender cómo presentar un reclamo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y no pudo pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede realizar un reclamo. Para reclamos, volveremos a revisar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección 11 de este documento le indica cómo presentar un reclamo o puede llamarnos al 1-888-426-2774 los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024 y desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le indicaremos en septiembre y el cambio se hará efectivo el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted deba pagar podría cambiar durante el año. Esto ocurre si es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año: Si un miembro califica para “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará una parte de la prima del plan mensual de miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede averiguar más acerca del programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debiese una. O que deba comenzar a pagar por una multa por inscripción tardía. Esto puede suceder si es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga por la multa por inscripción tardía de la Parte D y adquiere elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional” durante el año, usted podría dejar de pagar su penalización.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Puede averiguar más acerca del programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener su registro de membresía del plan Hamaspik Medicare Choice actualizada

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluido su Proveedor de Atención Primaria/Grupo Médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de red utilizan su registro de membresía para conocer los servicios y los medicamentos que tienen cobertura y los montos de reparto de costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección, o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ej., de su empleador, su cónyuge, empleador de pareja de hecho, indemnización laboral o Medicaid)
- Si tiene demandas de responsabilidad, por ej., demandas a raíz de un accidente automotriz

- Si se le ha admitido en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de la red o fuera del área
- Si cambia su persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa de un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que le informe a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos hacerlo).

Si algo de esta información cambia, indique la situación llamando a Servicios para Miembros.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se traslada o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información sobre usted respecto a cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos de la que sepamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga algo. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si existen costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normativas se aplican para la cobertura de empleador o de plan de salud grupal sindical:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios de pulmón negro
- Indemnización laboral

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

Término Legal: Servicios Cubiertos por Medicare:

Estos son servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Choice
(Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactar con
Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice. Estaremos complacidos de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los Servicios de Miembros también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-845-503-1900
ESCRIBIR A	Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite #1 Monsey, NY 10952 Puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com .
SITIO WEB	www.hamaspik.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

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

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones para Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 (Relé New York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
FAX	1-845-503-1920
ESCRIBIR A	Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite #1 Monsey, NY 10952 Puede enviarnos un correo electrónico a: MedicareRequests@hamaspikchoice.org
SITIO WEB	www.hamaspik.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza un reclamo con respecto a su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias o proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura. Para obtener más información sobre cómo realizar un reclamo acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Reclamos sobre Atención Médica – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-845-503-1900
ESCRIBIR A	Hamaspik Medicare Choice Attn: Grievance and Appeals 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 Email: quality@hamaspik.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, usted podría tener que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura*).

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

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice solo aceptará solicitudes de pago por escrito, aunque usted puede comunicarse con nosotros por teléfono para obtener más información.</p>
TTY	<p>711. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>
FAX	<p>Hamaspik Medicare Choice aceptará pagos por escrito y por fax al 1-845-503-1900</p>
ESCRIBIR A	<p>Envíe las solicitudes de pago de la Parte C de Hamaspik a:</p> <p style="text-align: center;">Hamaspik Medicare Choice Attn: Claims Department 58 Route 59, Suite #1 Monsey, NY 10952</p> <p>Envíe las solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D a: Hamaspik, Inc.</p> <p style="text-align: center;">Medicare Advantage P.O. Box 64806 St. Paul, MN 55164-0811</p>

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria e instalaciones de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su ordenador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de Plan de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>(continúa en página siguiente)</p>

Método	Medicare – Información de Contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para indicarle a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Hamaspik Medicare Choice.</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar a Medicare sobre su reclamo: Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma su reclamo en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si usted no tiene un ordenador, su biblioteca local o centro para mayores podría tener la capacidad de ayudarle a visitar este sitio web por medio de su ordenador. O, puede llamar a Medicare y notificarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) del Estado de New York es un programa de gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de New York, al SHIP se le denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP).

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal independiente (sin relación con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que consigue dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría de seguro de salud gratuito a personas con Medicare. Llame al 1-800-701-0501 para obtener información.

Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a realizar reclamos acerca de su atención médica o tratamiento y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HIICAP también pueden ayudarle con las preguntas y problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus alternativas del plan Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de plan.

PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org>
- Haga clic en BUSCADOR DE SHIP al medio de la página.
- Puede seleccionar su **ESTADO** desde la lista. Esto lo redireccionará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) de New York – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-701-0501
TTY	711 (Relé New York). Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR A	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Usted debe contactar a Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo acerca de la calidad de atención que recibió.
- Cree que la cobertura para su estancia hospitalaria acabará pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Usted debe contactar a Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo acerca de la calidad de atención que recibió.
- Cree que la cobertura para su estancia hospitalaria acabará pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejora de la Calidad del Estado de New York) – Información de Contacto
LLAMAR	1-866-815-5440 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm. Está disponible el servicio de correo de voz de 24 horas. Fax: (855) 236-2423
TTY	TTY (866) 868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Está disponible el servicio de correo de voz de 24 horas.
ESCRIBIR A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://livantaqio.com/en/beneficiary/quality_of_care

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para postular a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D a causa de tener un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Previsión social – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 7:00 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 7:00 pm.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Cada estado debe desarrollar su propio plan estatal de Medicaid, que está aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

El plan del Estado de Nueva York incluye información específica sobre la administración, los requisitos de elegibilidad y los beneficios cubiertos por Medicaid. El plan del estado cubre las visitas al médico, los costos hospitalarios, los servicios de atención a largo plazo en un hogar de ancianos y los servicios prestados en su hogar, la atención de salud del comportamiento y muchos otros servicios. El plan de Medicaid del Estado de Nueva York es administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, lo que significa que tiene una doble elegibilidad para los servicios. Mientras continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de Medicare y los requerimientos de Medicaid del Estado de Nueva York, continuará calificando como persona con doble elegibilidad.

Un objetivo importante de Hamaspik Medicare Choice es brindar una mejor coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Nuestro personal puede ayudarle a comprender los servicios de atención médica que usted recibe a través de Hamaspik Medicare Choice, así como los servicios que se entregan mediante Medicaid. Podemos ayudar a disponer de sus servicios cubiertos por Medicaid, a fin de garantizar que reciba toda la atención que necesita.

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que obtiene de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de New York. Llame a 1-800-541-2831 para obtener información. El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Método	Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de New York (HIICAP) – Información de Contacto (Para obtener información adicional acerca del programa Medicaid del Estado de New York)
LLAMAR	1-800-701-0501
TTY	711 (Relé New York). Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR A	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
SITIO WEB	NYSOFA@aging.ny.gov

El Programa de Defensor del Pueblo a largo plazo del Estado de New York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con servicios o problemas de facturación. También pueden ayudarle con información acerca de asilos de ancianos y resolver problemas entre las residencias de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	El Programa de Defensor del Pueblo a largo plazo (LTC) del Estado de New York – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-342-9871 Las llamadas a este número son gratuitas. Llame al programa de Defensor del pueblo a largo plazo al: 1 (855) 582-6769.
TTY	711 (Relé New York) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR A	New York State Office for the Aging Agency Building #2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

Además, el Departamento de Salud del Estado de New York ha creado un programa Participant Ombudsman para los planes MAP y de atención a largo plazo controlada. Este programa de mediación se denomina Red de Apoyo al Consumidor Independiente (ICAN, por sus siglas en inglés) y es una organización independiente que ofrece servicios gratuitos para afiliados. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura en un plan MAP o MLTC, y su cobertura, reclamos y apelaciones de ICAN, y ellos podrán ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Su objetivo es brindarle asesoramiento imparcial sobre el plan de salud e información relacionada con el programa.

Contacte a ICAN y aprenda más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Los usuarios TTY deben llamar al: 711)
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas para ayudar a que las personas paguen por sus medicamentos recetados

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (postulaciones), 24 horas del día, 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (postulaciones) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto de reparto de costos incorrecto al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para que usted solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos dicha evidencia.

- Comuníquese con Servicios para Miembros si no puede encontrar la documentación requerida para obtener la mejor evidencia disponible o si no está seguro de la evidencia que debe proporcionar. Hamaspik Medicare Choice revisará cualquier evidencia, como su tarjeta de Medicaid,

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

la carta de aprobación del Subsidio por Bajos Ingresos u otros documentos estatales específicos para determinar la posible evidencia del Subsidio por Bajos Ingresos en el momento de la compra de la receta.

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto al obtener su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podríamos efectuar los pagos directamente al estado. Contacte a Servicios para Miembros si tiene preguntas.

La mayoría de los miembros califican y ya reciben “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar por recetas, primas de plan de medicamentos u otros costos por medicamentos. El Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado es del Estado de New York se denomina Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (o EPIC). Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda Adicional”), usted aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga 5% de los costos de medicamentos de marca en el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Cuál es el Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos del Estado de New York para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario ADAP califican para una asistencia de reparto de costos para recetas a través del Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) del Estado de New York. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a encargado de inscripciones ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 518- 459-1641 o 800-542-2437 (solo en el estado).

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el Estado de New York, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado se denomina EPIC.

Método	EPIC (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York) – Información de Contacto – Información de Contacto
LLAMAR	1-800 332-3742 EPIC opera una línea de ayuda gratuita que está disponible de 8:30 am a 5:00 pm, de lunes a viernes.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Email: epic@health.state.ny.us
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familiares. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles de alguna mudanza o cambio de dirección postal. Si tiene preguntas respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de RRB e información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al empleador/administrador de beneficios del sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus (o los de su cónyuge o pareja de hecho) beneficios de salud, primas o el periodo de inscripción de empleador o jubilado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

SECCIÓN 1 Aspectos importantes a saber acerca de su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica o qué otros servicios están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, utilice el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted).

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

- Los **proveedores** son 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 red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de reparto de costos como pago completo. Hemos dispuesto que estos proveedores entreguen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan de forma directa por la atención que le entregan. Cuando usted consulta un proveedor de la red, usted no paga nada o paga solo su parte del costo o solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluye toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos recetados que tengan cobertura por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se abordan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Hamaspik Medicare Choice debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare. Como un plan Medicare Advantage Plus (MAP), Hamaspik Medicare Choice también da cobertura a muchos de sus servicios de Medicaid. Encontrará una lista completa de sus beneficios cubiertos, incluidos los servicios de Medicare y Medicaid, en el Capítulo 4.

Hamaspik Medicare Choice habitualmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluya en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- En algunos casos, nuestro plan debe darle una aprobación previa antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Su PCP podría ofrecerle asistencia para seleccionar los proveedores para estos tipos de servicios. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren aprobaciones del plan para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede obtener sin aprobación previa del plan (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de nuestra red del plan) no tiene cobertura. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor la totalidad por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y saber qué significa emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que presten dicha atención, puede obtener dicha atención médica de un proveedor fuera de la red al mismo reparto de costo que pagaría normalmente dentro de la red. Se podría requerir autorización previa para estos servicios. En esta situación, cubriremos tales servicios, tal como si obtuviera la atención de un proveedor de red O sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente no disponible o fuera de acceso. El reparto de costo que usted paga al plan para diálisis jamás debe exceder el reparto de costo en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su reparto de costo no puede exceder el reparto de costo que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para diálisis está temporalmente fuera de servicio y usted opta por conseguir servicios dentro del área de servicios de un proveedor fuera de la red del plan el reparto de costo por la diálisis podría ser mayor.

Término Legal: Atención de emergencia

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Término Legal: Servicios Necesarios de Urgencia

Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

Término Legal: Autorización Previa

La Autorización Previa es una aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que podrían o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Término Legal: Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no trabajan, forman parte u operan según las directrices de nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle servicios cubiertos.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

- **¿Qué es un PCP?**

A Médico de Cabecera (PCP) es su médico principal. Su PCP es la persona que lo ayudará con cualquier cosa, desde un resfriado, su examen físico anual o las pruebas preventivas de rutina que pueda necesitar. Su PCP coordinará muchos de los servicios que reciba como miembro de Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas médicos complicados, su PCP trabajará con los especialistas que necesita y se asegurará de que no estén duplicando pruebas o procedimientos que hayan sido realizados por otros especialistas.

Su PCP es un médico certificado por la junta, que ha cumplido con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Capítulo 3: Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- **¿Qué tipos de proveedores podrían actuar como un PCP?**

Un PCP es un profesional de la salud, ya sea un médico o una enfermera especializada, que usted elige para coordinar su atención médica.

- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de servicios cubiertos?**

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención médica y podría ayudarle a organizar o coordinar muchos de los servicios cubiertos que recibe como miembro de Hamaspik Medicare Choice. Éste es el médico al cual usted acude en primera instancia, cuando se le presenta una necesidad médica rutinaria.

Entre los tipos de servicios que su PCP podría coordinar se incluyen:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones de hospital

¿Cómo elige a su PCP?

Al inscribirse en Hamaspik Medicare Choice, debe seleccionar un PCP. Para ver una lista de los PCP disponibles, consulte nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com. Una vez que haya revisado la lista de proveedores en su área, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono de Servicios para Miembros se encuentra impreso en la contraportada de este manual. La información sobre su elección de PCP se incluye en su tarjeta de identificación.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si un miembro cambia de PCP, el nuevo PCP debe ser un proveedor dentro de la red de proveedores de Hamaspik Medicare Choice. Si el PCP no está en la red de proveedores, se considera que el PCP está fuera de la red y el miembro podría ser responsable de los cargos, a menos que obtenga aprobación de Hamaspik Medicare Choice para continuar empleando los servicios de este PCP.

Si su PCP abandona nuestra red, tendrá que elegir un nuevo PCP. Si sabemos de antemano que su PCP abandonó nuestra red, le enviaremos una carta para notificarle e informarle que deberá seleccionar un nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigencia tan pronto como lo seleccione.

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si desea cambiar su PCP. Servicios para Miembros actualizará su registro de membresía con el nombre de su nuevo PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre y número de teléfono del PCP.

Si se encuentra en el curso de un tratamiento y su proveedor abandona la red, comuníquese con Servicios para Miembros sobre la atención de transición. La transición de la atención permite que los pacientes con ciertas

afecciones médicas continúen su tratamiento con proveedores no participantes, al nivel de beneficios de la red, durante un período de tiempo específico.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede usted obtener sin una autorización?

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin autorización previa anticipada de Hamaspik Medicare Choice. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información acerca de los servicios que no requieren de una autorización.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios de urgencia son servicios cubiertos que no se consideran servicios de emergencia, siempre que los proveedores de la red estén temporalmente no disponibles o no se les pueda contactar o cuando el afiliado se encuentre fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse con inmediatez y ser médicamente necesarios.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Pruebas de laboratorio.
- Atención médica entregada por un especialista.
- Todos los servicios por abuso de sustancias y salud mental ambulatorios.
- Exámenes oculares, anteojos y lentes de contacto.
- Todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de red

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

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer
- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas
- Atención de ortopedistas para pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP (si hubiera) en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, no necesita una remisión de su PCP para consultar a un médico, especialista u hospital de la red. Su PCP a menudo es la persona ideal para aconsejarle cuando necesite uno de estos servicios. Su PCP puede darle su recomendación y asesorarle como parte de su coordinación de atención médica. Sin embargo, puede recibir servicios de cualquier proveedor de la red de Hamaspik Medicare Choice.

¿Cuál es el proceso para obtener la autorización previa?

Hamaspik Medicare Choice tomará decisiones con respecto a las autorizaciones cuando estas sean necesarias. Nos adherimos a las directrices de cobertura de Medicare y a otros estándares clínicos para poder tomar estas decisiones. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en la última página de este manual. Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, puede solicitar al plan antes de la prestación de un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación esté por escrito. A este proceso se le llama determinación avanzada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor, tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar a una decisión que ya se haya tomado.

¿La selección de un PCP limita a los miembros a un especialista u hospital específico al que se refiere el PCP?

La selección de un PCP no lo limita a un grupo específico de especialistas u hospitales de la red. Puede utilizar cualquier PCP, especialista u hospital que se incluya en nuestra red de proveedores.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si usted se ha atendido con ese proveedor dentro de los últimos tres años.

Capítulo 3: Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- Si cualquiera de sus proveedores abandona nuestro plan, le enviaremos una notificación si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha visto dentro de los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda tener acceso para continuar su atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor vigente, usted tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarnos, que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo.
- Le brindaremos información respecto a los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las alternativas que podría tener a su disposición para cambiar de planes.
- Haremos los arreglos por cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de la red de nuestro proveedor, aunque a un reparto de costo dentro de la red, cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. No se requerirá la autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar un reclamo por la calidad de atención a QIO, una reclamación a la calidad de atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Generalmente, debe obtener su tratamiento de proveedores de la red. Los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Necesita un servicio especial que no está disponible a través de uno de los proveedores de nuestra red. En esta situación, no es obligación que obtenga una autorización antes de recibir sus servicios. Si obtiene la rutina de un proveedor fuera de la red con la aprobación previa de Hamaspik Medicare Choice, usted será responsable de los costos.

Salvo en caso de emergencia, usted debe obtener autorización de Hamaspik Medicare Choice. Para obtener más información o disponer de otros servicios, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios al momento de una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, la pérdida de un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

Obtenga ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener una aprobación o una referencia primero de su PCP. No es necesario que emplee un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya recibido noticias sobre su emergencia. Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Llámenos al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Las llamadas a estos números son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, el personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

¿Qué tiene cobertura si tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y formulen planes para atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. También tiene cobertura por hasta \$50,000 al año en atención de

Capítulo 3: Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

emergencia y servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., usted deberá pagar por ellos y luego solicitar reembolso de Hamaspik Medicare Choice.

Término Legal: Atención de emergencia

Una emergencia médica es una lesión repentina o una enfermedad grave que, si no se trata de inmediato, podría causarle la muerte o daños graves. Si está embarazada podría implicar daño a usted o para su bebé nonato. Los servicios de emergencia cubiertos: (1) se prestan por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

En ocasiones puede ser difícil distinguir si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos formas:

- Consulta a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- o –
- La atención adicional que recibe se considera como servicios necesarios de urgencia y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener atención al momento de tener una necesidad urgente de servicios**¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?**

Un servicio necesario de urgencia es una situación no considerada de emergencia que requiere de atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o razonable obtener tales servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son (i) un dolor de garganta agudo que ocurre durante el fin de semana, o (ii) un brote imprevisto de una condición conocida cuando se encontraba temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe intentar obtener los servicios necesarios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener una lista de los centros de atención de urgencia disponibles en nuestra red o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. El número de teléfono se encuentra en la contraportada de este folleto.

Capítulo 3: Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. También tiene cobertura por hasta \$50,000 al año en atención de emergencia y servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., usted deberá pagar por ellos y luego solicitar reembolso de Hamaspik Medicare Choice.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.hamaspik.com para obtener información acerca de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos pagar nuestra parte de los costos por servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos O si ha pagado más de que su reparto de costos del plan por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Hamaspik Medicare Choice cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Además de los servicios cubiertos por Hamaspik Medicare Choice, las personas con Medicaid son elegibles para servicios de atención médica adicionales. Si tiene preguntas sobre sus servicios cubiertos por Medicaid, podemos ayudarle.

SECCIÓN 5 **¿De qué manera tienen cobertura los servicios médicos cuando usted es parte de un “estudio de investigación clínica”?**

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica tienen la aprobación de Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y tenga una comprensión y aceptación completa de lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa de su participación en un ensayo clínico calificado, entonces usted es el único responsable por el reparto de costos dentro de la red para los servicios de dicho ensayo. Si paga más, por ejemplo, si ya ha pagado el monto de reparto de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el reparto de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación para demostrarnos cuánto ha pagado. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios que nuestro plan tenga la responsabilidad de incluir, como un componente, un ensayo clínico o registro de evaluación de beneficio. Estos contemplan ciertos beneficios especificados en virtud de las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y ensayos sobre dispositivos en fase experimental (IDE) y podrían estar sujetos a autorización previa y otras normativas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica que tenga cobertura para los inscritos en Medicare Advantage por parte de Original Medicare, le instamos a notificarnos con antelación cuando decida participar de ensayos clínicos calificados de Medicare.

Si participa en un estudio que no se haya aprobado por Medicare o nuestro plan, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en dicho estudio.

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

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

Capítulo 3: Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar la documentación que indique cuánto ha pagado del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el reparto de costo: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos que su reparto de costos por esta prueba cuesta \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos el copago de \$20 requerido en virtud de Original Medicare. Entonces usted notificaría a su plan de la recepción de un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación como un proveedor lo hace cuando factura al plan. El plan luego le pagaría a usted directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para poder recibir pago de su plan, usted debe presentar la documentación a su plan tal como una factura de proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* participa en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución de atención de salud religiosa

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se entrega solo para servicios intrahospitalarios de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

Sección 6.2 Recibir Atención de una Institución de Atención de Salud Religiosa No Médica

Para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no está exento**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea voluntario y no necesario por cualquier legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exento** es la atención médica o el tratamiento que recibe que no es voluntario o se requiere en virtud de la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones O condición:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - y --
 - Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.
- No se aplican límites de Cobertura Intrahospitalaria Médica. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de esta Evidencia de Cobertura para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Tendrá usted la propiedad del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre tiene propiedad sobre ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, se discutirán otros tipos de DME que usted puede alquilar.

Término Legal: Equipo Médico Duradero

El equipo médico duradero es un determinado equipo médico que ordena su doctor por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, podrían variar las normas en caso de que usted posea o alquile su artículo.

- Ciertos elementos serán comprados cuando los necesite y pasarán a ser su propiedad. Estos por lo general son artículos de bajo costo o artículos que se personalizan conforme a sus especificaciones personales.
- Ciertos artículos son alquilados cuando se les requiere. En algunos casos, el alquiler se prolonga por 13 meses y luego usted pasaría a ser propietario del artículo, y en otros casos, el alquiler podría continuar de manera indefinida.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos efectuados mientras estaba inscrito en el plan no se contabilizan.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos efectuados en Original Medicare no cuentan. Usted deberá efectuar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted se encontraba en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad del artículo durante su estancia en nuestro plan. Entonces, debe regresar a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir

el artículo una vez que se haya unido nuevamente a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Hamaspik Medicare Choice cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

Si abandona Hamaspik Medicare Choice o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere un proveedor de oxígeno para ofrecer sus servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses que alquila el equipo. Los restantes 24 meses que el proveedor ofrece el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable por el copago por oxígeno). Después de cinco años usted puede optar por quedarse con la misma compañía o buscar otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si usted permanece con la misma compañía, lo cual le obliga a pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
*Tabla de Beneficios Médicos (qué
tiene cobertura y qué debe
pagar)*

SECCIÓN 1 **Comprensión de sus gastos fuera del bolsillo para servicios cubiertos**

Este capítulo presenta una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Hamaspik Medicare Choice. La Tabla de Beneficios Médicos incluye servicios de Medicare y los servicios de Medicaid que tienen nuestra cobertura. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no tienen cobertura. Este capítulo también explica los límites de determinados servicios.

Término Legal: Costos fuera del bolsillo

El requisito de participación en los costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo “fuera del bolsillo” del miembro.

Sección 1.1 Tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normativas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para conseguir atención).

Para comprender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, usted necesita conocer los tipos de costos fuera del bolsillo que algunas personas podrían pagar por sus servicios cubiertos de Medicare.

- El **deducible** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que su plan comience a pagar su parte. (La Sección 1.2 le informa acerca de su deducible del plan). (La Sección 1.3 le informa acerca de sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- Un **copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- **Coaseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información acerca de su coaseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Usted no tiene un deducible como miembro de Hamaspik Medicare Choice.

Debido a que es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no tiene deducible.

Sección 1.3 ¿Cuánto es el máximo que usted paga por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal. Debido a que es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Hamaspik Medicare Choice, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite sobre la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto asciende a \$8,850.

Término Legal: Monto Máximo Fuera del Bolsillo

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo para servicios médicos.

Los montos que usted paga por deducibles, copago y coaseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo fuera del bolsillo. Los montos que paga por sus primas de plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan 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 fuera del bolsillo de \$8,850, no tendrá que pagar ningún costo fuera del bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare (a menos que usted, Medicaid u otro tercero se encargue de pagar su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite la facturación de saldo por parte de los proveedores

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, una protección importante para usted es que luego de cumplir con cualquier deducible, solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales separados, denominados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Término Legal: Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente por un monto que supere el costo compartido permitido del plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o que le cobren más que el monto de reparto de costos que su plan indica que usted debe pagar

A continuación, se describe cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios necesarios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o fuera del área de servicios para servicios necesarios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, comuníquese con Servicios de Miembros si tiene preguntas.

No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una facturación por parte de un proveedor, comuníquese con Servicios de Miembros.

SECCIÓN 2 Uso de la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué tiene cobertura y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Su atención médica y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Hamaspik Medicare Choice y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. La Tabla incluye los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid que usted recibe en su plan. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare; y sus servicios cubiertos Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicaid en New York.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados 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 médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Si recibe su atención de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que se trate de una atención de emergencia o urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una autorización. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor la totalidad por los servicios prestados.
- Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En diversas situaciones, su PCP podría derivarlo a otro proveedor para recibir parte de su atención, aunque éste no es un requisito de Hamaspik Medicare Choice.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de red obtiene aprobación con anticipación (en ocasiones denominado autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con un asterisco y una nota indicando esto. Además, los siguientes servicios no enumerados en la Tabla de Beneficios, requieren de autorización previa:
 - ✓ Todos los procedimientos considerados experimentales/de investigación requeridos por Medicare para ser servicios cubiertos.
 - ✓ Todos los trasplantes y todas las evaluaciones de trasplantes.
 - ✓ Procedimientos reconstructivos que podrían considerarse cosméticos.
 - ✓ Todas las referencias a proveedores no participantes.
 - ✓ Procedimientos/servicios de infusión en el hogar.
 - ✓ Ciertos Medicamentos de la Parte B de Medicare.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid: Medicare cubre la atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su reparto de costo para servicios de Medicare, incluido el costo compartido y los copagos de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, servicios en el hogar y en la comunidad, servicios de transporte y servicios de asistencia de salud a domicilio. La mayoría de sus servicios de Medicaid se incluyen en Hamaspik Medicare Choice. Hable con su administrador de atención si necesita asistencia con alguno de sus servicios.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por dicha afección médica existente.

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted pierde su cobertura de Medicaid y se encuentra dentro del período de 90 días de nuestro plan para lo que se considera elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage y sus beneficios cubiertos de Medicaid. Sin embargo, durante este período, usted puede ser responsable de pagar las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de participación en los costos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. Los montos de participación en los costos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requerimientos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas

Si un proveedor del plan le diagnostica con algunas de las siguientes afecciones crónicas identificadas y usted cumple con ciertos criterios médicos, podría ser elegible para beneficios complementarios específicos:

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Afecciones cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Trastornos hematológicos agudos
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Derrame
- Artritis
- Hepatitis
- Hiperlipidemia
- Trastorno del espectro autista
- Osteoporosis

Vaya a la fila “Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación para obtener información adicional respecto a estos beneficios y saber cómo se califica para recibirlos.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar más información acerca de los beneficios para los cual podría ser elegible.

Información importante sobre beneficios para afiliados que califican para recibir “Ayuda Adicional”:

Todos los miembros de Hamaspik Medicare Choice son elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguro. Usted podría ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos y/o tener un costo compartido orientado.

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener información adicional.

Servicios Preventivos



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

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**Tabla de Beneficios Médicos**

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Examen de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura para dolor de espalda baja crónico (y otros servicios de acupuntura) Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en virtud de las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor de espalda baja se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Prolongado por 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado a cirugía; y • no asociado con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Además, tiene cobertura por hasta 20 visitas de acupuntura para otras afecciones de salud que no están incluidas en el beneficio de Medicare descrito anteriormente.	Usted paga \$0 por visitas de acupuntura cubiertas de Medicare para dolor lumbar crónico. Usted también paga \$0 por visitas de acupuntura para otras afecciones de salud que no están incluidas en el beneficio de Medicare. * Se requiere autorización.
(continúa en página siguiente)	

Qué debe pagar cuando
obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Acupuntura (continuación)

Requisitos de proveedor:

Los médicos (tal como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.

Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:

- Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,
- Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.

Atención sanitaria de día para adultos

La atención sanitaria de día para adultos contempla los siguientes servicios:
médicos, enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.

Los servicios se brindan en un centro residencial de atención médica u otro lugar, bajo la dirección de un médico.

Usted paga \$0 por cobertura de atención sanitaria de día para adultos.

* Se requiere autorización, según su plan de atención.

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Los servicios que tienen cobertura para usted	
Servicios de ambulancia <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o una no considerada de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre, apoyo aéreo y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan.</p> <p>Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de ambulancia cubiertos.</p> <p>* Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización.</p>
 Visita de bienestar anual <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud actual y factores de riesgo. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de Bienvenida a Medicare para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para visita de bienestar anual.</p>
Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) <p>Tratamiento Comunitario Asertivo es una práctica fundamentada en evidencia que ofrece tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo, utilizando un enfoque basado en la recuperación y centrado en la persona, para sujetos que han sido diagnosticados con trastorno mental grave (SMI). Los servicios se ofrecen mediante un equipo multidisciplinario móvil en entornos comunitarios. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proyección• Tratamiento de salud mental• Soporte vocacional• Educación familiar• Habilidades de bienestar• Vínculos en la comunidad• Apoyo entre pares	<p>Usted paga \$0 por servicios ACT.</p> <p>La elegibilidad para servicios ACT se determina por el punto de ingreso de su condado. Una vez que se determine su elegibilidad, no se requiere de mayor autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de masa muscular</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la masa ósea calidad, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p> Examen de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más• Exámenes de mamas clínicos cada 24 meses	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>También tiene cobertura de Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de rehabilitación pulmonar• Servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado para Enfermedad Arterial Periférica (PAD)	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.	
 Exámenes cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). Este servicio tiene cobertura una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.	
 Examen de cáncer vaginal y cervical Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para estos servicios preventivos.	
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos manipulación manual de la columna para corregir la subluxación	Usted paga \$0 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. * Se requiere autorización.	

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted



Examen de cáncer colorrectal

Los siguientes análisis tienen cobertura:

- La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa o enema de bario.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes sin un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia. Una vez cada 48 horas para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Exámenes de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses.
- ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de marcador biológico basado en la sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de bario como alternativa a colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses de el último enema de bario o la última colonoscopia.
- Enema de bario como alternativa a una sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o mayores. Una vez al menos en 48 meses luego del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible.
- Las pruebas de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de cáncer colorrectal basada en heces no intensiva con cobertura que arroja un resultado positivo.

No hay coaseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Usted paga \$0 por enemas de bario cubiertos por Medicare, si se utilizan como alternativa a otros exámenes.

Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen se convierte en un examen de diagnóstico. Usted paga \$0 por estos servicios.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivo (CPEP)</p> <p>CPEP es un programa de emergencia psiquiátrica basada en hospital para sujetos que reciben observación, evaluación, atención y tratamiento de emergencia en un entorno seguro y cómodo. Los servicios de visita de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">● Provisión de selección y análisis● Evaluación, tratamiento y estabilización y● Referencia a un programa adecuado para atención constante y de seguimiento.	<p>Usted paga \$0 por servicios CPEP.</p> <p>NO se requiere autorización para estos servicios.</p>

	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios que tienen cobertura para usted</p> <p>Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE)</p> <p>Los Servicios CORE corresponden a los apoyos de salud conductual móvil, orientados a la recuperación y centrados en la persona. Están diseñados para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental de gravedad para recibir servicios en su propio hogar y comunidad. Los servicios CORE desarrollan habilidades y la autoeficacia que fomentan y propician la participación e independencia de la comunidad.</p> <p>CORE consiste en cuatro servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento y Apoyo Psiquiátrico Comunitario• Rehabilitación Psicosocial• Apoyo Familiar y Capacitación• Servicios de Empoderamiento – Apoyo entre Pares	<p>Usted paga \$0 por servicios CORE.</p> <p>La elegibilidad para los servicios CORE se determina a través del Departamento Estatal de Salud. Para los miembros elegibles, NO se requiere autorización para estos servicios.</p>
<p>Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)</p> <p>Puede recibir atención personal y otros servicios de apoyo usando CDPAS. Si elige recibir servicios CDPAS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Será capaz de contratar y supervisar a sus propios trabajadores para proporcionar asistencias con sus necesidades cotidianas.• Su trabajador podría ser un familiar, amigo u otra persona de su elección• Para elegir este servicio, su médico deberá certificar que usted puede supervisar a su trabajador. <p>Su trabajador tendrá que registrarse en una agencia para enviar hojas de horas y recibir cheques de pago.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios CDPAS.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento Diurno Continuo</p> <p>Un programa de tratamiento diurno ofrece tratamiento y rehabilitación diseñados para mantener o mejorar los niveles actuales de funcionamiento y habilidades, para sujetos que han sido diagnosticado con enfermedad mental de gravedad.</p> <p>El programa incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación y planificación de tratamiento• Planificación de alta,• Terapia de medicamentos y educación• Gestión de caso• Examen de salud y referencia• Rehabilitación psiquiátrica <p>También se pueden ofrecer los siguientes servicios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitación en habilidades de apoyo• Terapia de actividad• Terapia verbal• Servicios de intervención en crisis	<p>Usted paga \$0 por servicios Tratamiento Diurno Continuo.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Intervención en Crisis</p> <p>Los servicios de intervención en crisis son para personas con necesidades de salud mental agudas y tienen la finalidad de reducir los síntomas profundos y restaurar los niveles previos a la crisis de la persona a un estado funcional. Los servicios pueden entregarse en varias ubicaciones, incluidas salas de emergencia y ambientes residenciales.</p> <p>Los servicios incluyen: examen, evaluación, estabilización, selección o referencia a un programa adecuado.</p>	<p>Usted paga \$0 por Servicios de Intervención en Crisis.</p> <p>NO se requiere autorización para estos servicios.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no tienen cobertura por Original Medicare.</p> <p>Sin embargo, Medicare paga por servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral de un tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario.</p> <p>Algunos ejemplos contemplan reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones de pieza dental en preparación para tratamiento de radiación por cáncer que implica exámenes de mandíbula u orales que preceden trasplante de riñón.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice también cubre servicios preventivos y de restauración dental cubiertos por Medicaid, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpieza (una vez cada seis meses)• Examen oral (una vez cada seis meses)• Radiografía(s)• Servicios básicos de restauración, como empastes, extracciones y dentaduras. <p>Otros servicios dentales de restauración (tales como conductos radiculares o implantes dentales) tienen cobertura cuando son necesarios para aliviar un problema médico y su dentista dice que se requieren implantes dentales.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare o Medicaid.</p> <p>La atención dental básica no requiere autorización.</p> <p>* Algunos servicios de restauración requieren autorización.</p>
<p> Análisis de depresión</p> <p>Ofrecemos cobertura para un análisis de depresión al año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para una visita de análisis de depresión anual.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Análisis de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presión arterial alta (hipertensión),• Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)• Obesidad• Antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	
<p> Capacitación autogestionada de diabetes, servicios y suministros diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios dependientes y no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para supervisar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.• Para personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	<p>Usted paga \$0 por capacitación de Auto gestión de diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización para calzado para diabéticos. Otros servicios que aparecen en esta sección no requieren de una autorización.</p>	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p> <p>También cubriremos suministros médicos y DME que tengan cobertura de Medicaid.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor 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 apropiado para su condición médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de equipo médico duradero y suministros de Medicare y/o Medicaid, como también por el equipo de oxígeno de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia	
Atención de emergencia se refiere a los servicios que:	Usted paga \$0 por Servicios de emergencia y post-estabilización.
<ul style="list-style-type: none">• Se entregan mediante un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y• Son necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia.	No se requiere autorización para cuidado de emergencia.
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, perdió un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.	
El reparto de costos de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, O debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.	
Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas de formación de salud y bienestar</p> <p>Usted tiene cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none">• La Línea directa de enfermería de Hamaspik, que está disponible durante la noche, los fines de semana y feriados, cuando las oficinas de administración de atención están cerradas.• Los Beneficios de Aptitud Física incluyen:<ul style="list-style-type: none">✓ Participación en cualquiera de nuestros gimnasios y centros de fitness contratados en toda el área de servicio y a nivel nacional. Nuestros centros de fitness pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas a mejorar la fortaleza muscular, resistencia, movilidad, flexibilidad, equilibrio, agilidad y coordinación.✓ Clases de ejercicios, a través de clases en vivo en línea y miles de videos en línea.✓ Un kit de fitness para el hogar al año, de una selección de rastreadores de fitness portátiles, pesas o equipos de yoga.✓ Planes de ejercitación: Respondiendo algunas preguntas en línea, usted recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que contempla instrucción sobre cómo comenzar y videos de ejercicios digitales sugeridos.✓ Sesiones de coaching individuales ilimitadas por teléfono.• Materiales de educación de salud, que se enfocarán en una variedad de condiciones de salud.	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para estos servicios.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su: PCP O por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Usted tiene cobertura para exámenes de audición cubiertos por Medicare y cobertura para: <ul style="list-style-type: none">• Un examen de audición de rutina, realizado por un audiólogo• Colocación y ajuste de audífonos• Productos para audífonos, incluidos audífonos, moldes y adaptadores especiales• Comprobaciones de los audífonos después del ajuste• Evaluaciones de conformidad• Reparaciones y reemplazo de audífonos.	Usted paga \$0 por servicios de audición cubiertos por Medicare y Medicaid.	
 Análisis de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, cubrimos: <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para exámenes preventivos cubierto por Medicare.	
Comidas a Domicilio y Grupales Las comidas a domicilio y en grupo se entregan a su hogar o se brindan en entornos de congregación (por ejemplo, en un centro para personas mayores), para las personas que no pueden preparar las comidas o que las preparan.	Usted paga \$0 por comidas con cobertura. * Se requiere autorización, según su plan de atención.	

	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios que tienen cobertura para usted</p> <p>Atención de una agencia de salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud a domicilio los proporcione una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes. (Nota: para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)• Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla• Servicios médicos y sociales• Equipo médico y suministros	<p>No hay copago, coaseguro o deducible para servicios de atención domiciliaria cubiertos por Medicare o Medicaid.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	<p>Usted paga \$0 por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Atención de hospicio

Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han otorgado un certificado de pronóstico terminal indicando que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted podría recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidas aquellas que la organización MA posee, controla o en las cuales tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor
- Atención de relevo a corto plazo
- Atención a domicilio

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Para los servicios que tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (tal como si existiese un requerimiento para obtención de autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y sigue las normas del plan para obtener servicios, usted solo paga 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, usted paga el costo compartido según Fee-for-Service Medicare (Original Medicare)

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Hamaspik Medicare Choice.

No hay coaseguro o copago por una consulta de hospicio por única vez para un miembro con una enfermedad terminal que no había elegido el beneficio de hospicio.

(continúa en página siguiente)

Qué debe pagar cuando
obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Atención de hospicio (continuación)

Para los servicios que tienen cobertura de Hamaspik Medicare Choice, y que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Hamaspik Medicare Choice continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios.

Para medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D del plan:

Si estos medicamentos no tienen relación con su condición de hospicio terminal usted paga el costo compartido. En caso de que tengan relación con su condición de hospicio terminal entonces 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 el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de Medicare?*).

Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.



Vacunas

Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:

- Vacuna contra la neumonía
- Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario
- Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B
- Vacuna por COVID-19
- Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare

También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

No hay coaseguro, copago o deducible para vacunas contra la neumonía, influenza, Hepatitis B y COVID-19.

Qué debe pagar cuando
obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Atención Intrahospitalaria

Incluye cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios. La atención intrahospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día previo a que le den de alta es su último día de estancia hospitalaria.

Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario)
- Las comidas incluyen dietas especiales
- Servicios de enfermería regular
- Costos de unidades de atención especial (tales como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria)
- Drogas y medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías y otros servicios de radiología
- Suministros médicos y quirúrgicos necesario
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas
- Costos operativos y de sala de recuperación

Terapia física, ocupacional y del lenguaje de habla Servicios intrahospitalarios por abuso de alcohol y sustancias

Término Legal: Período de beneficio

Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o una instalación de enfermería especializada después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio.

(continúa en página siguiente)

Usted paga \$0 por atención intrahospitalaria.

* Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios de atención de urgencia.

Los servicios que tienen cobertura para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Intrahospitalaria (continuación)

- Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante.
- Los proveedores de trasplantes podrían ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Hamaspik Medicare Choice brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Servicios de doctor

Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta ficha técnica está disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estancia intrahospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o una SNF durante una hospitalización no cubierta	Usted paga \$0 por estos servicios cubiertos de Medicare.
<p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente interno. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p>	* Se requiere autorización para estos servicios durante una admisión hospitalaria sin cobertura.
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de doctor• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)• Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos• Vendas quirúrgicas• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona permanentemente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; armazones; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente• Terapia física, terapia de habla y terapia ocupacional	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada por cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos con el objetivo de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio MDPP.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare

Estos medicamentos tienen cobertura en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria

Usted paga \$0 por sus medicamentos de la Parte B de Medicare.

* Se requiere autorización para calzado para medicamentos de quimioterapia y radiación.

Además, algunos fármacos podrían tener requerimientos de terapia de pasos.

El reparto de costo por insulina es \$0 para un suministro de un mes. Tenga en cuenta que el deducible anual no se aplica a la insulina de la Parte B.

El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada. www.hamaspik.com

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D.

(continúa en página siguiente)

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Los servicios que tienen cobertura para usted	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)	
<p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
Servicios de nutrición	
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación del estado/necesidades nutricionales y preferencias alimentarias• Desarrollo y evaluación de los planes de tratamiento• Educación nutricional (incluidos las consideraciones culturales)• Provisión de asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas	<p>Usted paga \$0 por servicios de nutrición.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
 Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso continua.	
<p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o practicante para averiguar más.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el análisis preventivo de obesidad y terapia.</p>

	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios que tienen cobertura para usted</p> <p>Servicios del programa de tratamiento para opiáceos</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Agonistas opiáceos y antagonistas de opiáceos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT).• Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)• Asesoría de consumo de sustancias• Terapia individual y grupal• Examen de toxicología• Actividades de ingesta• Evaluaciones periódicas <p>Los servicios del programa de tratamiento para opiáceos también están disponibles a través de telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención. Los servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o practicante.</p>	<p>Usted paga \$0 por Servicios del programa de tratamiento para opiáceos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos• Suministros quirúrgicos, como vendas• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Pruebas de laboratorio• Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	<p>Usted paga \$0 por exámenes de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Observación hospitalaria ambulatoria

Los servicios de observación corresponden a servicios ambulatorios sujetos a la determinación de si usted necesita ser ingresado o se le puede dar de alta.

Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.

Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta ficha técnica está disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Usted paga \$0 por servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.

* Se requiere autorización.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Usted tiene cobertura para servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria• Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital• La atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento intrahospitalario sería necesario sin éste• Las radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital• Suministros médicos como férulas y moldes• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda suministrarse	<p>Usted paga \$0 por servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	
<p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta ficha técnica está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

Los servicios que tienen cobertura para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional (LPC), terapeuta familiar o matrimonial profesional (LMFT), profesional de enfermería (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</p> <p>Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios también están disponibles a través de telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de salud mental en ambulatorios.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de Medicare para servicios de rehabilitación ambulatorios.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>	
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Los servicios por abuso de sustancias proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajo social clínico, enfermero clínico especializado, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</p> <p>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para servicios ambulatorios para tratamiento por abuso de sustancias. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</p>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de Medicare para servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias.</p>	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si tiene una cirugía en una instalación hospitalaria, debería verificar con su proveedor acerca de si será un paciente intrahospitalario o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de reparto de costos por cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”.</p> <div data-bbox="207 751 925 970" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Término Legal: Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren de hospitalización y que su estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.</p></div>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de Medicare para servicios cubiertos de cirugía ambulatoria y asociados.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Productos de salud de venta libre</p> <p>Hamaspik Medicare Choice brinda cobertura de medicamentos de venta libre (OTC) y otros artículos relacionados con la salud.</p> <p>Cubrimos un máximo de \$180.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al período subsiguiente.</p> <p>El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan. También puede ordenar sus productos de venta libre en línea o por teléfono, para entrega en su casa.</p> <p>Cuando se inscribe en Hamaspik Medicare Choice, recibirá información detallada sobre los productos cubiertos y cómo obtenerlos.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para productos de salud de venta libre.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	Usted paga \$0 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare o Medicaid.
La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en el hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	* Se requiere autorización.
El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, el cual se considera de mayor intensidad que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensa que la hospitalización parcial.	
Los servicios incluyen:	
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación y planificación de tratamiento• Examen de salud y referencia• Gestión de síntomas• Terapia de medicamentos y educación sobre medicamentos• Terapia verbal• Determinación y referencia a preparación para rehabilitación psiquiátrica• Servicios de intervención en crisis• Terapia de actividad• Planificación de alta	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de atención personal</p> <p>Servicios de atención personal (PCS) corresponden a la disposición de asistencia parcial o total con las actividades diarias, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Higiene personal,• Vendajes• Preparación de comidas y alimentación• Tareas funcionales de apoyo ambiental (limpieza). <p>Los servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de la salud y seguridad del miembro en su propio hogar. El cuidado personal debe ser médicamente necesario y debe ser ordenado por el médico del miembro.</p>	<p>Usted paga \$0 para servicios de atención personal.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS):</p> <p>PERS es un dispositivo electrónico que permite a las personas de alto riesgo obtener ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Estos sistemas generalmente están conectados al teléfono de un miembro y señalan a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”. En el caso de una emergencia, un centro de respuesta interpreta adecuadamente la señal.</p>	<p>Usted paga \$0 por sistema PERS.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (PROS)</p> <p>PROS es un programa orientado a la recuperación exhaustiva para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental de gravedad. El objetivo del programa es integrar el tratamiento, el apoyo y la rehabilitación de una manera que propicie la recuperación del sujeto.</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rehabilitación y apoyo en la comunidad• Rehabilitación intensiva• Rehabilitación y apoyo constante• Tratamiento clínico	<p>Usted paga \$0 por servicios PROS.</p> <p>No se requiere autorización. Estos servicios pueden incluirse en su plan de atención.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico

Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria del hospital o cualquier otro lugar
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
- Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para saber si necesita tratamiento médico.
- Segunda opinión de otro proveedor de red previo a la cirugía
- Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos no se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras asociadas), arreglo de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplástico, o servicios que tendrían cobertura si los proporcionase un médico)

Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. Los servicios de telesalud también pueden incluir:

- Los servicios de telesalud para visitas mensuales asociadas a enfermedad renal en etapa terminal para miembros en diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de hospital u hospital de acceso crítico, instalación de diálisis renal u hogar de miembro.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame, independiente de su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental simultáneo, independiente de su ubicación

(continúa en página siguiente)

Usted paga \$0 por visita médicas de atención primaria o visita médica de especialista para beneficios cubiertos de Medicare.

No necesita una remisión o una autorización para visitas a un PCP o un especialista.

Qué debe pagar cuando
obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted

Servicios de médico/practicante (continuación)

- Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Usted tiene una visita presencial dentro de 6 meses antes de su primera visita de telesalud
 - Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Pueden contemplarse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
- Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico por 5-10 minutos si:
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La revisión no está asociada a una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - La revisión no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita disponible más cercana
- Evaluación de video y/o imágenes que usted envía a su médico e interpretación y seguimiento de su doctor dentro de 24 horas si:
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La evaluación no está asociada a una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita disponible más cercana
- Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico

Servicios de podiatría

Los servicios cubiertos incluyen:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)
- Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores

Usted paga \$0 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare y Medicaid.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Enfermería Privada</p> <p>Los servicios privados de enfermería pueden ser proporcionados por una enfermera profesional registrada o una enfermera práctica con licencia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios se pueden proporcionar a través de una agencia de atención domiciliaria certificada aprobada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un médico privado.• Los servicios pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o continuos.• Los servicios generalmente se brindan en el hogar del Miembro.• Los servicios están cubiertos cuando el médico tratante del miembro u otro proveedor (NP o PA) determina que son médicamente necesarios	<p>Usted paga \$0 por servicios enfermería privada.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p> Exámenes de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen rectal digital• Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA)	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para exámenes de detección de cáncer colorrectal.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).</p> <p>Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>También incluye determinada cobertura tras una cirugía de eliminación de cataratas o cirugía de cataratas – consulte Cuidado de la visión más adelante en este capítulo para obtener más detalles.</p>	<p>Usted paga \$0 por dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare y Medicaid.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Los servicios que tienen cobertura para usted	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga \$0 por suministros de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. * Se requiere autorización.
Servicios Residenciales por Abuso de Sustancias Los servicios residenciales se elaboraron para desarrollar o mantener la recuperación a través de un entorno estructurado libre de sustancias y pueden incluir apoyo grupal, desarrollo de habilidades asociado a la vida independiente y otros servicios diseñados para fomentar la recuperación. Los sujetos adecuados para recibir estos servicios residenciales requieren de apoyo en su recuperación, pero que no podrían participar de manera efectiva en un tratamiento sin un entorno residencial disponible las 24 horas.	Usted paga \$0 por servicios residenciales de abuso de sustancias. * Se requiere autorización, según su plan de atención.
 Examen y asesoría para reducir el uso indebido del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si obtiene un resultado positivo para el uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.	No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para reducir el beneficio preventivo de uso indebido del alcohol.

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted



Análisis para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)

Para personas que califiquen, una LDCT tiene cobertura cada 12 meses.

Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.

Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón por LDCT después de la detección inicial de LDCT: el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección del cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.

No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas para asesoría cubierta y visita de toma de decisión o para el LDCT.



Examen para infecciones de transmisión sexual (ITS)

Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.

También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.

No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para ITS y asesoría para beneficio preventivo de ITS.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedad renal	Usted paga \$0 por estos servicios.
Los servicios cubiertos incluyen:	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente sin disponibilidad o acceso)• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipo para diálisis en casa y suministros• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de personal especializado en diálisis para verificar su diálisis domiciliaria, para ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)	
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.	

Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF)

(Para conocer definición de cuidado de instalación de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. A las instalaciones de enfermería especializada se les denomina SNF).

Usted paga \$0 por servicios de instalación de enfermería especializada.

Una estancia intrahospitalaria no es necesaria antes de una admisión a una residencia de ancianos. Usted tiene cobertura para:

* Se requiere autorización.

- Cuidado de instalación de enfermería a corto plazo después de una hospitalización
- Servicios de residencia de ancianos a largo plazo, incluida la atención supervisada.

Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario)
- Las comidas incluyen dietas especiales
- Servicios de Enfermería Especializada
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla
- Los medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (Esto incluye sustancias que se encuentran presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de sangre).
- Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario, o usted u otra persona pueden encargarse de donarla. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados de manera común por SNF
- Pruebas de laboratorio proporcionadas de manera común por SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados de manera común por SNF
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas proporcionadas de manera común por SNF
- Servicios de médico/practicante

Generalmente, obtendrá su atención de SNF de las instalaciones de red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones enumeradas a continuación, usted puede ser capaz de obtener su atención de una instalación que no sea proveedor de la red, si la instalación acepta nuestros importes del plan para pago.

- Un hogar de ancianos o comunidad de retiro de cuidado constante en donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de instalación de enfermería especializada)
- Una SNF en donde su cónyuge o pareja de hecho vivía en el momento en que usted deje el hospital

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad asociada al tabaco:</u> Cubrimos dos terapias de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada terapia de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad asociada al tabaco o toma medicina que pueda verse afectada por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de consejería para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada terapia de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de cesación del consumo de tabaco y dejar de fumar cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención social de día</p> <p>Los programas de atención de día social ofrecen a los Miembros con discapacidades servicios de socialización; supervisión y monitoreo; cuidado personal; y nutrición en un entorno de protección. Los servicios pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento y mejora de habilidades diarias para vivir• Almuerzos• Transporte• Asistencia de cuidador• Coordinación de caso	<p>Usted paga \$0 por servicios de cuidado social de día.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Apoyos sociales y ambientales</p> <p>Los apoyos sociales y ambientales son servicios y artículos que apoyan las necesidades médicas del Miembro. Estos servicios y artículos pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tareas de mantenimiento en el hogar• Trabajo doméstico/tareas del hogar• Mejoras de vivienda• Servicios de exterminación• Atención de relevo	<p>Usted paga \$0 por servicios de apoyo social y ambiental.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas

Los miembros elegibles podrían usar una porción de la subvención mensual para productos de salud OTC para la compra de lo siguiente:

- se puede usar \$60.00 al mes para la compra de alimentos y productos alimentarios, y
- se puede usar \$60.00 al mes para cubrir el costo de sus servicios de hogar (como electricidad, gas, agua o facturas telefónicas).

Si es elegible para este beneficio, usted debe avisar a servicios para miembros si desea usar alguno (o ambos) beneficios. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al período subsiguiente.

Los miembros serán elegibles para este beneficio si tienen tres (3) o más condiciones crónicas, como se indica a continuación. La elegibilidad se fundamentará en los datos disponibles para reclamos enviados por su proveedor y en su evaluación de riesgo de salud anual.

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Afecciones cardiovasculares
- Afecciones cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Trastornos hematológicos agudos,
- VIH/SIDA,
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Derrame
- Artritis

(continúa en la página
siguiente)

No hay coaseguro, copago o deducible para estos servicios.

No se requiere autorización, después de que se haya determinado su elegibilidad para estos beneficios.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Hepatitis• Hiperlipidemia• Trastorno del espectro autista• Osteoporosis	
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET)</p> <p>SET tiene cobertura para miembros que presentan enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una referencia por PAD del médico responsable para recibir tratamiento por PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requerimientos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Constar de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación• Ser realizado en un entorno hospitalario ambulatorio o en el despacho de un médico• Ser entregado por personal auxiliar calificado para garantizar que los beneficios superen los daños y quienes tengan capacitación en terapia de ejercicio para PAD• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de apoyo vital básicas y avanzadas. <p>SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Transporte (No de emergencia)</p> <p>La cobertura incluye transporte para sus citas médicas y otros servicios de salud que tengan cobertura por Hamaspik Medicare Choice. Los servicios están disponibles mediante servicio de auto o ambulancia o transporte público, dependiendo de sus necesidades individuales.</p> <p>Llame a servicios de miembros al menos 48 horas antes de su cita para concertar su transporte.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de transporte.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios Necesarios de Urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Si resulta poco razonable dadas sus circunstancias obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red entonces su plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben necesitarse con inmediatez y ser médicamente necesarios.</p> <p>Ejemplos de servicios necesarios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red si: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere de servicios médicamente necesarios inmediatos para una condición imprevista que no se considera una emergencia médica; o es poco razonable dada sus circunstancias para obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de red.</p> <p>El reparto de costos de los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$0 para servicios de atención urgentes.</p>

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Los servicios que tienen cobertura para usted



Cuidado de la visión

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto
- Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o mayores e hispanoamericanos de 65 años o mayores.
- Para personas con diabetes, se cubre un análisis para retinopatía diabética una vez al año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).

Además de los servicios cubiertos por Medicare enumerados anteriormente, puede recibir:

- Un examen ocular de rutina cada dos años.
- Un par de anteojos (gafas o marcos) o lentes de contacto cada dos años. La cobertura se limita a \$200.
- Las actualizaciones de anteojos, hasta un límite de beneficio de \$200 cada dos años.

Usted paga \$0 por exámenes y atención oftalmológica cubiertos por Medicare y Medicaid.

Usted paga \$0 por exámenes de la vista de rutina, anteojos, marcos, lentes de contacto y mejoras.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una única visita preventiva Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios tienen cobertura fuera de Hamaspik Medicare Choice?

Sección 3.1 Servicios <i>no cubiertos</i> por Hamaspik Medicare Choice
--

Los siguientes servicios no están cubiertos por Hamaspik Medicare Choice, pero están disponibles a través de Medicaid. Muestre su tarjeta de Medicaid del Estado de Nueva York a su proveedor si necesita estos beneficios:

- Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente (patrocinado por las unidades de salud mental locales o estatales)
- Terapia Observada Directa para la Enfermedad de Tuberculosis
- Beneficios Farmacéuticos de Medicaid (ciertas categorías de medicamentos que están excluidas del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Programas de Tratamiento y Mantenimiento con Metadona
- Servicios ofrecidos a través de la Oficina para personas con discapacidades de desarrollo (OPWDD)
- Servicios de planificación familiar fuera de la red bajo las disposiciones de acceso directo

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no tienen cobertura por el plan O Medicare O Medicaid?

Sección 4.1 Servicios <i>no cubiertos</i> por el plan O exclusiones de Medicare O Medicaid
--

Esta sección le indica qué servicios se excluyen de Medicare y Medicaid.

La tabla en la siguiente página describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan O Medicare O Medicaid bajo cualquier condición o están cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid solo bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que se consideran excluidos (sin cobertura), usted debe pagar por estos a expensas propias, a menos que se apliquen las condiciones específicas detalladas a continuación. Incluso si usted recibe servicios excluidos en una instalación de emergencia, los servicios excluidos aún no tienen cobertura y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es objeto de una apelación y se decide: tras una apelación, que sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de una lesión accidental, o para mejora del funcionamiento de un miembro con malformación corporal. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según Original Medicare no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Podría tener cobertura en virtud de Original Medicare según nuestro plan o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de los estudios de investigación).</p>
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Artículos personales en su habitación del hospital o una instalación de enfermería especializada, como teléfono o una televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Cuidado quiropráctico de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna para corregir la subluxación tiene cobertura.
Servicios considerados no razonables y necesarios, conforme a los estándares de Original Medicare o Medicaid	✓	

CAPÍTULO 5:

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa “Ayuda adicional”, parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso. Le enviamos un inserto separado, llamado *Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula Adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normativas para el uso de su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B y beneficios por fármacos de hospicio de Medicare.

Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. La “Lista de Medicamentos” le indica cómo averiguar acerca de su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con Servicios para obtener más información sobre las recetas que están cubiertas por Medicaid.

Término Legal: Medicamentos de la Parte D

Medicamentos que pueden tener cobertura en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia de la Parte D.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que escriba su receta la cual debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona que receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (*Consulte la Sección 2, Surtir su receta en una farmacia de la red a través del servicio de orden por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan (*Formulario*) (abreviada como “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos”*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas

o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre en qué situaciones cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.hamaspik.com) o llamar a Servicios para Miembros.

Podría visitar cualquiera de nuestras farmacias de red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen reparto de costo de preferencia, el cual podría ser inferior al costo compartido en una farmacia que ofrezca un reparto de costo estándar. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indicará cuál farmacia de la red ofrece un reparto de costos de preferencia. Comuníquese con nosotros para averiguar más sobre cómo pueden variar sus costos de fuera del bolsillo por medicamentos diferentes.

¿Qué ocurre si la farmacia a la que usted recurre abandona la red?

Si la farmacia que usted visita deja la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. O si la farmacia que ha estado usando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece un reparto de costo de preferencia, es probable que desee cambiar a una red o farmacia de preferencia diferente, en caso de estar disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.hamapik.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

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

- Las Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación LTC, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en una instalación LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza la instalación LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas / Programa de Salud para Indígenas Tribales / Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación no suele presentarse).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Usar el servicio de orden por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de orden por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de 90 días.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, revise la información en su Kit de Bienvenida, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

Por lo general, un pedido de farmacia por servicio de correo se le entregará a usted en un período no superior a los 14 días. Puede haber un caso en el que se haya retrasado la entrega de su medicamento recetado. Si no recibe su receta dentro de 14 días, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente desde el despacho de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente desde el despacho de su médico.

La farmacia surtirá automáticamente y hará entrega de las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin verificarlo con usted en primera instancia, si ocurriese alguna de las siguientes:

- Usted utilizó servicios de pedidos por correo postal con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Usted podría solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento al [insertar instrucciones].

Si recibe una receta de manera automática por correo postal que usted no desea, y no se le informó para confirmar si usted quería que se le envíen, podría optar a un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo postal en el pasado y no desea que la farmacia surta automáticamente y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a servicios para miembros. Nuestro personal puede ayudarle con esta petición.

Si jamás ha utilizado nuestro servicio de entrega por correo postal en el pasado o si decide detener los surtidos automáticos de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que el medicamento se surta y envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Volver a surtir recetas por servicio de correo Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia 30 días antes de su receta actual se acabe para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Volver a surtir recetas por servicio de correo Para los reabastecimientos de sus medicamentos, comuníquese con su farmacia 30 días antes de que tenga la oportunidad de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. En virtud de este programa comenzaremos a procesar su próximo reabastecimiento de manera automática cuando nuestros registros nos lo indiquen y se acerque el momento de agotar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reabastecimiento para asegurarse de si necesita medicamento, y usted puede cancelar reabastecimientos programados si tiene medicamentos suficientes o si ha cambiado su medicamento.

Si decide no utilizar el programa de reabastecimiento automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo postal le envíe su receta, comuníquese con la farmacia al menos 30 días antes de que su receta actual se agote. De esta manera garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Si recibe un reabastecimiento de manera automática por correo postal que usted no desea, podría optar a un reembolso.

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?
--------------------	---

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento que se consumen a diario, para una afección médica crónica o prolongada).

- Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Para obtener más información llame a Servicios para Miembros.

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

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta podría tener cobertura bajo determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio a lo largo de los Estados Unidos, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Verifique primero con Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red cerca. Probablemente 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 de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio, se enferma y no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil de su ubicación.
- Si, mientras está fuera del área de servicio, se queda sin su medicamento y no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista o de pedido por correo elegible de la red (estos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

Si recibe atención de emergencia o atención de urgencia cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos, usted deberá pagar por los servicios y luego solicitar el reembolso a Hamaspik Medicare Choice. Para obtener más información, contacte a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros le enviará un formulario para que usted solicite su reembolso. (Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. (Capítulo 7, Sección 2 explica cómo solicitar al plan un reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos”

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Recetados (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

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

Los medicamentos que figuran en esta lista tienen cobertura por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requerimientos de Medicare y ha recibido la aprobación por Medicare.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos recetados en virtud de la Parte D. Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. La “Lista de Medicamentos” le indica cómo averiguar acerca de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada corresponde a un uso del medicamento que:

- Tenga aprobación de la Administración de Alimentos y Drogas para el diagnóstico o condición por la cual se recetan.
- o –
- Tenga respaldo por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

Algunos medicamentos podrían tener cobertura para ciertas condiciones médicas, pero se consideran fuera del formulario para otras condiciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra “Lista de Medicamentos” y en el Buscador de Plan de Medicare, junto con las condiciones médicas específicas que cubren. La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos recetados en virtud de la Parte D. Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre las recetas que están cubiertas por Medicaid.

La “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que pertenece a un fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que revisten mayor complejidad que los medicamentos habituales (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría implicar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos tienen mayor complejidad que los fármacos habituales, en lugar de tener un formato genérico, tienen alternativas que se llaman bioequivalentes. Por lo general, los genéricos y bioequivalentes funcionan tan bien como el medicamento de marca y tienen un costo más bajo. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas bioequivalentes para algunos productos biológicos.

Medicamentos de Venta Libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre como beneficio complementario. Algunos medicamentos recetados de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros. Si bien esto no es parte de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, puede ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica. Para obtener más información, consulte la

Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 o llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar información sobre sus beneficios de venta libre en el sitio web del plan: www.hamaspik.com.

¿Que *no* aparece en la “Lista de Medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

Los medicamentos cubiertos no se incluyen en el formulario de Hamaspik Medicare Choice. Llame a Servicios de Miembros para obtener más información acerca de los medicamentos recetados que tienen cobertura según Medicaid. Para obtener un medicamento cubierto de Medicaid, use su tarjeta de Medicaid en su farmacia.

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

Sección 3.2 Hay 1 “nivel de reparto de costos” para medicamentos en la “Lista de Medicamentos”

Cada medicamento en la “Lista de Medicamentos” del plan está en uno de los niveles de reparto de costos. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de reparto de costos, más tendrá que pagar por el medicamento:

- El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos y de marca.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de Medicamentos” del plan.

El monto que paga por los medicamentos recetados en cada nivel de costo compartido se exhibe en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Revise la “Lista de Medicamentos” más reciente que le enviamos al correo. (Tenga en cuenta: La “Lista de Medicamentos” que ofrecemos incluye información para los medicamentos cubiertos de uso más común entre nuestros miembros. Sin embargo, ofrecemos cobertura para medicamentos adicionales que no se incluyen en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la “Lista de Medicamentos”, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si tiene cobertura).
2. Visite el sitio web del plan (www.hamaspik.com). La “Lista de Medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento particular está en la “Lista de Medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.

- Use la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan en www.hamspik.com o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta usted puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para conocer una estimación de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la “Lista de Medicamentos” que puedan tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para instarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la “Lista de Medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra “Lista de Medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones a continuación le entregan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que le eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9)

Restringir medicamentos de marca cuando existe una versión genérica o un bioequivalente intercambiable disponible

Habitualmente, un medicamento genérico funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele tener un costo menor. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico o bioequivalente intercambiable no funcionará para usted O ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca O nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro con cobertura que trate la misma afección funcionarán para usted, procederemos a cubrir el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o bioequivalente intercambiable).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar en la orientación del uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener cobertura del plan.

Intentar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos habitualmente menos costosos, pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan requiera que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted desea cobertura?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea
--

Existen situaciones en donde haya un medicamento recetado que esté tomando, o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar, que no esté en nuestro formulario o que esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener cobertura del todo. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, según lo explicado en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero figura en un nivel de reparto de costos que aumenta el precio del costo compartido que usted cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea.
- Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si tiene una restricción, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento figura en un nivel de reparto de costos que aumenta el precio del costo compartido que usted cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para enterarse de qué debe hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no figura en la “Lista de Medicamentos” o si tiene una restricción, estas son las opciones:

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

Podría obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté consumiendo. Este suministro temporal le brinda tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **debe dejar de aparecer en la “Lista de Medicamentos” del plan O tener una determinada restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento. (Las farmacias de atención a largo plazo podrían entregar el medicamento en dosis más pequeñas a la vez para evitar pérdidas).
- **Para esos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

- Los afiliados que experimenten un cambio en el nivel de atención pueden acceder a un resurtido al ser admitidos o dados de alta en un centro de LTC. Los afiliados que necesiten un surtido de transición por única vez, o a quienes se les recete un medicamento fuera del formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención, deben contratar a Servicios para Miembros para solicitar un surtido de transición de su medicamento.

Para preguntas sobre la solicitud de un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si existe un medicamento diferente que tenga cobertura por el plan y que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar dicha excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de Medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto?
--------------------	--

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar dicha excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 1 no son elegibles para este tipo de excepciones. No reducimos el monto de costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

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

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

- Añadir o retirar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.
- Desplazar un medicamento a un nivel de reparto de costos más alto o inferior.
- Añadir o retirar una restricción respecto a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

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

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que usted consume?

Información respecto a los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la “Lista de Medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre tales cambios. También actualizaremos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea de forma periódica. A continuación, indicamos las veces que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año calendario actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de Medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de Medicamentos”, aunque moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

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

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este anuncio antes de que realicemos el cambio.
- Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Un medicamento genérico o bioequivalente intercambiable reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de Medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento o una versión bioequivalente intercambiable del mismo producto biológico. Al agregar el genérico o bioequivalente intercambiable, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra “Lista de Medicamentos”, y desplazarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.
 - Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico o bioequivalente intercambiable, pasa a un nivel de costo compartido más elevado, el plan debe notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un resurtido de 30 días de su medicamento de marca.
 - Una vez que reciba la notificación del cambio, debería trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o bioequivalente intercambiable, o a un medicamento diferente que cubramos.
 - Usted o su médico recetante pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted o producto biológico para usted. Consulte el Capítulo 9, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento podría considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de Medicamentos”. Si usted está consumiendo dicho fármaco, le informaremos de inmediato.
 - Su médico también conocerá este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los fármacos de la “Lista de Medicamentos”**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de Medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o

agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios según los recuadros de advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Para estos cambios, debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un resurtido de 30 días de su medicamento que consume en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba la notificación del cambio, debería trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que esté consumiendo.
- Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Podríamos efectuar ciertos cambios en la “Lista de Medicamentos” que no se han descrito anteriormente. En tales casos, el cambio no se aplicará a usted si está consumiendo el medicamento al momento de producirse el cambio; sin embargo, estos cambios le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento al nivel de costo compartido más alto.
- Colocamos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (salvo debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio anotado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en el uso del medicamento.

No le informaremos acerca de estos tipos de cambio directamente durante el año del plan actual. Usted deberá verificar la “Lista de Medicamentos” para el año del plan siguiente (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted esté consumiendo y que le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* tienen cobertura por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados se **excluyen**. Esto significa que Medicare no paga por O que ni Medicare o Medicaid paga por estos medicamentos.

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

Si se determina que su apelación y el medicamento solicitado no se encuentra excluido de la Parte D, pagaremos por este o lo cubriremos. (Para obtener información sobre una decisión de apelación, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo usted mismo O si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo salvo ciertos medicamentos excluidos cubiertos en virtud de nuestra cobertura de medicamentos.

A continuación, se incluyen tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no cubre uso no aprobado. El uso no aprobado es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas.
- La cobertura para el uso no aprobado se permite solo cuando es admitido por ciertas referencias tales como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos indicados más adelante no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían tener cobertura para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre)
 - Tenga en cuenta que Hamaspik Medicare Choice ofrece cobertura a través de su beneficio OTC, pero aquello se separa de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicamentos que se utilizan para propiciar la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos y los síntomas del resfrío
- Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos o para propiciar el crecimiento capilar
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará por los medicamentos que generalmente no tienen cobertura. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría ofrecer cobertura para medicamentos recetados que normalmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 **Surtir una receta**

Sección 8.1 **Proporcionar su información de membresía**

Para surtir su receta, entregue su información de membresía, la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de red que elija. La farmacia de red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de los costos de su medicamento recetado. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Sección 8.2 **¿Qué ocurre si no tiene su información de membresía?**

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Puede entonces **solicitar un reembolso** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre la solicitud de reembolso).

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

Sección 9.1 **¿Qué ocurre si está en un hospital o en un centro de enfermería especializado para una estancia que tiene cobertura del plan?**

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

Sección 9.2 **¿Qué ocurre si usted es un residente en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC)?**

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utilice, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información o asistencia, contacte a Servicios para Miembros. Si se encuentra en una instalación LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué ocurre si usted es un residente en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC) que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna restricción?

Consulte la Sección 5.2 con respecto al suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de un empleador o plan grupal de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Éste puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de empleado o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal debería pagar primero.

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de 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 ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no tengan cobertura de su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o su proveedor de cuidados paliativos respecto a que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, solicite al proveedor de cuidados paliativos o recetador que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar sus fármacos de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que podrían ser necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opiáceos para el dolor

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una reciente sobredosis por opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos recetados o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo mandamos a nuestro DMP, las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un determinado médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si tenemos previsto limitar cómo usted puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede conseguir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para

usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9, para obtener más información sobre la solicitud de reembolso.

No será colocado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor asociado a un cáncer activo o anemia drepanóptica si está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o de término de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Gestión de Terapia de Medicamento (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Gestión de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros a fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos por fármacos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opiáceos de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede discutir sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito que contiene una lista de quehaceres que contempla los pasos que debería tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, el motivo por el cual los toma y el momento de hacerlo. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de quehaceres recomendados y lista de medicamentos. Lleve su resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta respecto a este programa, contacte a Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa “Ayuda adicional”, parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.

Le enviamos un inserto separado, llamado *Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula Adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto a los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos
--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos **medicamento** en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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 en virtud de Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe familiarizarse con los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Capítulo 5, Secciones 1 a la 4 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo exhibido se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted visualiza en la herramienta refleja un momento en el cual se ofrece una estimación de los costos fuera del bolsillo que usted debería pagar. Usted también puede obtener información entregada por la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos
--

Existen diferentes tipos de costos fuera del bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que su plan comience a pagar su parte.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D**Término Legal: Reparto de costos**

Reparto de costos se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos inferior a un mes completo y usted debe pagar un copago.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos respetar para realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

Sus costos fuera del bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este documento):

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

Importa quién paga:

- Si usted realiza estos pagos por sí mismo, estos pagos se incluyen en sus costos fuera del bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen en sus costos fuera del bolsillo si los realizan **otras personas u organizaciones determinadas en su nombre**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Los planes sin un SPAP en su estado eliminan el siguiente artículo por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen pagos efectuados por el Programa de Descuento para el Período Sin Cobertura en sus costos de desembolso personal. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no se incluye.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

Transición a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

Sus costos fuera del bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no tienen cobertura de 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.
- Medicamentos recetados no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se enumeran anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus costos fuera del bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus costos fuera del bolsillo. Cuando este monto alcanza los \$8,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial O Etapa de Brecha de Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. La Sección 3.2 le informa qué hacer para asegurarse de que nuestros registros respecto a lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 **Lo que paga por un medicamento depende de en qué etapa de pago de medicamento se encuentre cuando obtiene el medicamento**

Sección 2.1 **¿Cuáles son las etapas de pago de medicamento para los miembros de Hamaspik Medicare Choice?**

Existen **cuatro etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de Hamaspik Medicare Choice. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a la 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas:

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina - Usted no pagará más de \$35 (o el costo compartido correspondiente en este capítulo, por miembros que reciben “ayuda adicional”) por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado por su deducible.

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

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

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando obtiene sus medicamentos recetados o vuelve a surtirlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que podemos rastrear:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo **fuera del bolsillo**.
- Realizamos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior le enviaremos una Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del año a la fecha. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precio de medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información acerca de los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos del momento en el que debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y procure enviarnos estos para que podamos rastrear sus costos.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de mantener estos informes.

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

Debido a que nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no se aplica para usted.

Observe el inserto separado (la Cláusula Adicional LIS) para obtener información acerca del monto de su deducible.

Para personas que no reciben “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$545. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D, incluido herpes, tétano y vacunas de viaje. Pagará un deducible de \$545 en medicamentos de Nivel 1. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 1 hasta alcanzar el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Su **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$545 por sus medicamentos de Nivel 1, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del fármaco y de dónde surta su receta
--

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

El plan tiene un nivel uno de reparto de costos

Cada medicamento en la “Lista de Medicamentos” del plan está en un nivel de reparto de costos. Por lo general, para planes con múltiples niveles, mientras más alto sea el nivel de reparto de costos, más tendrá que pagar por el medicamento.

- Este nivel cubre medicamentos genéricos y de marca.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Debido a que la mayoría de los miembros son elegibles para recibir “ayuda adicional” con los costos de medicamentos recetados, usted pagará la cantidad indicada en la Sección 1.3 a continuación, por cada producto de insulina cubierto. Para los miembros que no reciben “ayuda adicional”, usted jamás pagará más de \$35 por sus productos de insulina cubiertos. Además, tenga en cuenta que su deducible no se aplica para cobertura de sus productos de insulina.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sus alternativas de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento desde:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no esté en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre en qué situaciones cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red.
- La farmacia con orden por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

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

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

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coaseguro depende del nivel de reparto de costos, y si su medicamento se considera medicamento de marca o genérico. En ocasiones el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro de hasta 30 días)
Reparto de costos Nivel 1 Genéricos y de preferencia/ medicamentos multi-fuente	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 1 de reparto de costos Todos los demás medicamentos	\$0	\$0	\$0	\$0
Nota: Si no recibe “ayuda adicional” con los costos de medicamentos recetados, pagará un 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos.				

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted pagará \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de reparto de costos, incluso si no ha pagado por su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre el reparto de costo para 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 tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quisieran tener una menor cantidad en un suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento para diferentes recetas.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se fundamenta en el costo total del medicamento, su costo será inferior debido a que el costo total por el medicamento será inferior.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, usted solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	---

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días.

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

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

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costos compartidos de orden por correo (suministro de 90 días)
Reparto de costos Nivel 1 Genéricos y de preferencia/ medicamentos multi-fuente	\$0	\$0
Nivel 1 Todos los demás medicamentos	\$0	\$0
Nota: Si no recibe “ayuda adicional” con los costos de medicamentos recetados, pagará un 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos.		

Si recibe “ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, usted pagará los montos indicados anteriormente para un suministro a largo plazo de sus productos de insulina cubiertos. Si no recibe ayuda adicional, no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses, o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de reparto de costos, incluso si no ha pagado por su deducible.

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de su medicamento para el año alcancen \$4,660 O los costos fuera del bolsillo para el año alcancen \$8,000
--------------------	--

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance el límite de \$4,600 para la Etapa de Cobertura Inicial o hasta que sus costos totales fuera del bolsillo alcancen los \$8,000. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que usted reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, y cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,600 o \$8,000 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la Etapa de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso personal.

SECCIÓN 6 **No hay brecha de cobertura para los miembros inscritos en Hamaspik Medicare Choice.**

Debido a que nuestros miembros tienen cobertura de Medicaid y reciben “ayuda adicional” con sus costos por medicamentos recetados, no existe una brecha de cobertura para Hamaspik Medicare Choice. Una vez que abandona la Etapa de Cobertura Inicial, usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica (consulte la Sección 7).

SECCIÓN 7 **Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D**

- Usted ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso personal han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el fin del año calendario.
- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 **Información adicional de beneficios**

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familiares. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles de alguna mudanza o cambio de dirección postal. Si tiene preguntas respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de Medicamentos Recetados” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado ningún deducible. Consulte la “Lista de Medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para conocer los detalles de cobertura y reparto de costo sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **brindarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama la administración de la vacuna).

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

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización denominada el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen costo para usted.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí podría ser dispensada por una farmacia o entregada en la oficina del médico.
- 3. Quién le brinda la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede darle la vacuna en la farmacia. De forma alternativa, un proveedor podría entregarle en el despacho médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y de **la etapa pago de medicamento** en la que se encuentre.

- En ocasiones, cuando obtiene su vacuna, usted debe pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo por el proveedor que le administra la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por el costo total que usted pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

Situación 1: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias entreguen vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para las demás vacunas, tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí, el cual incluye el costo por darle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene su vacuna, es probable que deba pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo por el proveedor que le administra la vacuna.
- Puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso por el monto total que usted pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia.)

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para las demás vacunas, tendrá que pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, puede que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso por el monto total que usted pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Solicitarnos el pago de nuestra parte
por una factura que usted haya
recibido para medicamentos o
servicios médicos con cobertura*

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

Los proveedores de nuestra red facturan al plan; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos que han suministrado, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare o Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede que existan plazos que debe cumplir para obtener un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

Puede que también existan momentos en los que obtenga una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que haya recibido o posiblemente por un valor que excede su parte del costo compartido tal como se aborda en el documento. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted jamás debe pagar un valor que exceda el reparto de costos permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene el derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En tales casos, pida al proveedor que facture al plan.

- Si se trata de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que usted haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree no adeudar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeuda y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios O más que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, denominados “facturación de saldo”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que supere el monto que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos O por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

3. Si se le inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red bajo limitadas circunstancias. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer una descripción de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

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

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura

usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo.

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

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la “Lista de Medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que se le aplique. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total. O puede que haya tenido que viajar lejos del área local y recibió su medicamento en una farmacia que no figura como proveedor en nuestra red.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben tener cobertura. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos por nuestra parte del costo por los servicios o medicamentos. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar a nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. Debe presentar su reclamo ante nosotros dentro de 30 días de la fecha en que reciba el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.hamaspik.com) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Si su solicitud de reembolso es por atención médica que recibió, o servicios de emergencia o atención de urgencia que recibió estando fuera de los Estados Unidos, envíe su solicitud de pago, junto a cualquier factura o comprobante de pago a la siguiente dirección:

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura

Hamaspik Medicare Choice 58
Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952

Para solicitar un reembolso por medicamentos recetados cubiertos por Medicare, envíenos su solicitud de pago con las facturas o recibos a esta dirección:

Hamaspik, Inc. Medicare Advantage
P.O. Box 64806
St. Paul, MN 55164-0811

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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

Cuando recibimos su solicitud de pago, le daremos a conocer si requerimos cualquier información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos por nuestra parte del costo del servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso por nuestra parte del costo por correo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta que explica las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por todo o parte de la atención médica o el medicamento, puede realizar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información respecto a cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos y no clínicos, sean entregados de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con fluidez limitada en inglés, habilidades de lectura restringidas, incapacidad de audición u aquellos con antecedentes étnicos y culturales diversos. Ejemplos de cómo un plan podría cumplir estos requerimientos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a la disposición de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de entregarle a las afiliadas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud para mujeres dentro de la red para servicios de atención preventiva y rutinarios de mujeres.

Si los proveedores en la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan buscar proveedores de especialidad fuera de la red capaces de ofrecerle la atención necesaria. En este caso, usted pagará solo el reparto de costo dentro de la red. Si llegase a encontrarse en una situación en la que no hubiese especialistas en la red del plan que cubre un servicio que usted necesite, llame al plan para obtener información sobre a dónde ir para obtener dicho servicio cumpliendo con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Hamaspik Medicare Choice. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No requerimos que obtenga referencias para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan dentro de un período de tiempo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9, le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Las leyes estatales y federales resguardan la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo estipulan estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos proporcionó al momento de inscribirse en este plan, así como sus registros y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias descritas a continuación, si tenemos la intención de revelar su información médica a cualquier persona que no sea quien le proporcione atención o no paga por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado la potestad legal de tomar tales decisiones.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito en primera instancia. Se permiten estas excepciones o son obligatorias por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que le identifique de forma única no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

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

Puede consultar la notificación de privacidad de Hamaspik Medicare Choice en nuestro sitio web: (www.hamaspik.com).

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted tiene ciertos derechos a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si necesita alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 le entregan información acerca de los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 le entregan información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 le entrega información respecto a la solicitud de una explicación escrita sobre la razón por la cual un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información acerca de pedirnos que cambiemos una decisión, proceso denominado como apelación.

Sección 1.5 Debemos respaldar sus derechos para tomar decisiones acerca de su atención

Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y a participar en decisiones acerca de su atención de salud

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o

si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe cualquier riesgo en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicina. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa, *si así lo desea*, que usted puede:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Brindar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independiente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias al personal indicado.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué ocurre si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a realizar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o realizar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independiente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o no se respetan sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Servicios de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Tiene que ver con algo más?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos y *no* es discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar a SHIP.** Para información detallada, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para información detallada, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para saber qué tiene cobertura para usted y conocer las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para recibir su ayuda brindándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - A fin de recibir ayuda para conseguir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna inquietud, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

- **Tenga consideración.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el reparto de costo por servicios médicos o medicamento.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o reclamo

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

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar reclamos**; también conocido como quejas.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “realizar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y Organización de Revisión Independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También emplea abreviaturas en la menor medida posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de forma más clara para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el tratamiento que le ofrecemos, tenemos la obligación de honrar su derecho a reclamar. Por lo tanto, usted siempre debería contactarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se describen las entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno 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 qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL a los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda. Para contactar a Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para comunicarse con Medicaid para obtener ayuda, llame al 1-800-541-2831. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene una queja sobre Hamaspik Medicare Choice, puede presentar su reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Además, el Departamento de Salud del Estado de New York ha creado un programa Participant Ombudsman para los planes MAP y de atención a largo plazo controlada. Este programa de mediación se denomina Red de Apoyo al Consumidor Independiente (ICAN, por sus siglas en inglés) y es una organización independiente que ofrece servicios gratuitos para afiliados. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura en un plan MAP o MLTC, y su cobertura, reclamos y apelaciones de ICAN, y ellos podrán ayudarlo a gestionar el proceso de apelación. Su objetivo es brindarle asesoramiento imparcial sobre el plan de salud e información relacionada con el programa.

Contacte a ICAN y aprenda más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

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

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y **mayoría** de Medicaid. Para la mayoría de sus beneficios, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y de Medicaid. A esto a veces se le llama un “proceso integrado” porque combina o incorpora los procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En tales situaciones, usted utiliza 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** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se ejecuta una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (equipo médico, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

- Sí.** Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Una guía de los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

 - No.** Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.
-

SECCIÓN 5 **Una guía sobre los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones**

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general

Decisiones de cobertura y apelaciones que abordan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Este es el proceso que se utiliza para problemáticas, tal como si algo tiene cobertura o no y la forma en que recibe cobertura.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no figura dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de negativa estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura especifique que el servicio al que se le deriva jamás tuvo cobertura bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

En circunstancias limitadas, una solicitud por una decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de la recepción del beneficio, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es un conducto formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le entregamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas una solicitud por una apelación de Nivel 1 se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación automáticamente pasa a convertirse en una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por la Oficina de Audiencias Administrativas. No tienen relación con nosotros.

- Su caso se enviará de manera automática a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga algo. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará por correo una notificación para confirmar que recibieron su apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información acerca de las Apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se abordan con mayor detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al número de Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación por sobre el Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de “Designación de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web www.hamaspikcom.com.)
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2.

- Si su médico u otro proveedor de salud solicita que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, **es posible** que deba designar a su médico u otro recetador como su representante.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada su médico o recetador pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, que usted puede denominar 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, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de “Designación de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com. El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la Oficina de Audiencias Administrativas que verifique nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su asociación de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación?
--------------------	---

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 7** de este capítulo, “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le da de alta demasiado pronto”
- La **Sección 9** de este capítulo, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (Esta sección se aplica solo a estos servicios:

atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

<p>Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención</p>
--

Esta sección trata sobre sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)* En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta 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 esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
 3. Ha recibido atención médica que cree que nuestro plan cubre, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
 4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse dicha atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
 5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que aprobamos previamente) se reducirá o detendrá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
- **Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted necesita leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.**

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

Términos Legales

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

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

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

Una “decisión de cobertura estándar” por lo general se realiza dentro de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” por lo general se realiza dentro de 72 horas, para servicios médicos, 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que nos ceñiremos a los plazos estándar
 - Explique si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique que usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para decisión de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido”. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto tengamos una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre los reclamos consulte la Sección 11 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un marco de tiempo expedito.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.

- **Sin embargo**, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido”. (Para obtener información sobre los reclamos consulte la Sección 11 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos Legales

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

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración expedita”**.

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación estándar por escrito o llamándonos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días** calendario a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que se le otorgue más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.**

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

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de emprender una acción propuesta.

- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin modificaciones mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

Paso 3: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinaremos detenidamente toda la información. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos, probablemente contactando con usted o con su médico.

Plazos para una decisión “rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si se toman los días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia por su caso, y le informará la fecha y la hora de la audiencia por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días** calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo

- o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo límite (o al final del período extendido), debemos enviar su solicitud para una apelación de Nivel 2 en donde la Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia sobre su caso. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de **30 días calendario**, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, luego de la recepción de su apelación.
 - **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted dispone de derechos de apelación adicionales. Enviaremos automáticamente su solicitud para una apelación de Nivel 2 en donde la Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia sobre su caso para constatar si están de acuerdo con nuestra decisión.**
 - Si decimos que no a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se ejecuta una apelación de Nivel 2

La Oficina de Audiencias Administrativas de Revisión Independiente **es una organización independiente que tiene contrato con Medicare y Medicaid**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

Enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia por su caso y le informará la fecha y la hora de la audiencia. Usted puede volver a agendar un día u horarios diferentes si fuese necesario.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte las páginas 170-171 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Paso 1: Enviaremos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. La Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia sobre su caso.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente de caso” o “Paquete de Evidencia”. **Le enviaremos una copia gratuita de su Paquete de Evidencia.**

- Tiene derecho a brindar a la Oficina de Audiencias Administrativas información adicional para respaldar su apelación.
- Durante su audiencia, el Consejero Auditor en la Oficina de Audiencias Administrativas examinará detenidamente toda la información relacionada con su apelación y oírás de usted y de su personal acerca de su plan en torno a su solicitud.

Si tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, también PODRÍA tener una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación. En algunos casos, aún si tuvo una apelación rápida para el Nivel 1, no recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Obtendrá una apelación rápida si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recobrar la función máxima*.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La Oficina de Audiencias Administrativas no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

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

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

La Oficina de Audiencias Administrativas le indicará su decisión por escrito explicando las razones de esta.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas dice que sí a una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de un día hábil**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “abstención de decisión” o “rechazo de su apelación”). En este caso, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas le indicará el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.
- Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 se gestiona a través del Consejo de Apelaciones de Medicare. La **Sección 10** en este capítulo le explica el proceso para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si decidimos rechazar todo o parte de lo que solicitó, usted podría tener derecho a otra apelación.

Si la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas es negativa para todo o parte de lo que solicita, usted cuenta con **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas describirá la siguiente alternativa de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección 10** de este capítulo.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que haya recibido por atención médica?
--------------------	---

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare o Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso consiste en solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó corresponde a un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para la atención médica.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo de Medicare o Medicaid o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicare por el cual usted pagó, nos estará pidiendo que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó corresponde a un servicio cubierto.

También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si la atención médica que pagó a un proveedor de atención médica tiene cobertura y usted cree que deberíamos al proveedor de atención médica en su lugar, enviaremos a su proveedor de atención médica el pago por el costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Luego, usted deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para gestionar su reembolso. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y los motivos de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 6.3. Para las apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya haya recibido y pagado, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa 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 dentro de 60 días calendario.

Sección 6.6 Apelaciones Externas solo para Medicaid

Usted o su médico pueden solicitar una Apelación Externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid**.

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no es médicamente necesario o
- experimental o investigativo o
- no es diferente de la atención que puede obtener en la red del plan o

- está disponible con un proveedor participante que cuenta con el correcto adiestramiento y experiencia para cumplir sus necesidades.

Esto se denomina Apelación Externa debido a que los revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de su apelación al estado:

- Usted debe presentar una Apelación de Nivel 1 al plan y obtener la Determinación Final Adversa del plan;
-- 0 --
- Puede solicitar una Apelación Externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que decir que es necesaria una apelación acelerada);
-- 0 --
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a Apelación Externa;
-- 0 --
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir la Determinación Final Adversa del plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la Apelación Externa dentro de los 4 meses posteriores a la fecha en que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774, si necesita ayuda para presentar una apelación. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Usted y sus médicos deberán proporcionar información acerca de su problema médico.
- La solicitud de Apelación Externa dice qué información se necesitará.

A continuación, se muestran algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Contacte al plan de salud al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

El revisor decidirá su Apelación Externa en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y al plan la decisión final dentro de dos días luego de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso generará un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación Externa expedita**. El revisor de la Apelación Externa decidirá respecto a una apelación expedita en 72 horas o menos. El revisor le dirá a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, el revisor le enviará una carta que indique la decisión.

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

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

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en cada instancia. También usamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las normas, puede pedirnoslo. Algunos medicamentos requieren que obtenga autorización de nuestra parte antes de que le demos cobertura.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina “determinación de cobertura” .
--

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción Sección 7.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción Sección 7.2**
- Solicitar aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos Legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina pedir una **“excepción al formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tengamos en consideración su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, presentamos dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.**
- 2. Retiro de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes a saber acerca de la solicitud de

Su médico debe indicarle las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un fármaco para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y es probable que no cause más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir que sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término Legal

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ determinación de cobertura expedita ”.
--

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

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se efectúan dentro de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se efectúan dentro de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar el reembolso de una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya haya comprado).
- El uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud, o dañar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o médico recetante, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que nos ceñiremos a los plazos estándar
 - Explique si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.

- Nos informe cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo dentro de 24 horas de su recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudar en el procesamiento de su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique que reclamo rechazado está bajo apelación.

Usted, su médico (u otro recetador) o su representante pueden hacer esto. Puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, la cual corresponde a las razones médicas para solicitar la excepción. Su médico u otra persona autorizada para dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona autorizada para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviándonos por fax o correo una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Tendremos su solicitud en consideración y le daremos una respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de respaldo de un médico a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no haya recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que acordamos entregar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de respaldo de un médico a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya haya comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días** calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Término Legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D se denomina “redeterminación” de plan.

Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación expedita” .
--

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

Una “apelación estándar” por lo general se realiza dentro de 7 días. Una “apelación rápida” por lo general se realiza dentro de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico o otro encargado de recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud escrita o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al: 888-426-4772. (Usuarios TTY deben llamar al 711).** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información con respecto a su reclamo para ayudarlo en el procesamiento de su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días** calendario a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que se le otorgue más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o su médico o a otro autorizado para recetar para obtener más información.

Plazos para una decisión “rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar” sobre un medicamento que aún no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días** calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento aún y su condición de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya haya comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días** calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **“Entidad de Revisión Independiente”**. En ocasiones se le denomina **“IRE”**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o si tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación “en riesgo” en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente pasaremos su reclamo al IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una “apelación rápida”

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos límite para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación del Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento

que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

- *Para “apelaciones rápidas”:*
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- *Para “apelaciones estándar”:*
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que solicitó para cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de su solicitud de reembolso,** debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “abstención de decisión” o “rechazo de su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que abandona el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud.

<h3>Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos</h3>

A dos días de su admisión en el hospital, se le entregará una notificación por escrito denominada *Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe esta notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, trabajador de caso o enfermera), pídala a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea esta notificación detenidamente y realice preguntas si usted no lo comprende.** Le informa sobre:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.

- Firmar la notificación solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no otorga su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** de la notificación a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma la notificación más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos límites.**
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La **Organización de Mejora de Calidad** es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para realizar una apelación, debe contactar a la Organización de Mejora de la Calidad **antes** de abandonar el hospital y **no después de medianoche del día de su alta**.
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar por ello** mientras espera recibir la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4.** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital la Organización de Mejora de Calidad se contactará con nosotros. Durante la tarde del día después en que le contactemos le entregaremos una **Notificación Detallada del Alta**. Esta notificación le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Para ver una copia de esta **Notificación Detallada de Alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1- 877-486-2048.). O puede buscar una notificación de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, (o a su representante), por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, aunque puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior al que los revisores informaran a nuestro plan de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará su fecha de alta planificada. Esta notificación le explicará también en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión acepta, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Además, podrían existir limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es no?

- Si la organización rechaza, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.**
- Si la organización de revisión 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 una vez que la Organización de Mejora de la Calidad le entregue la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente su decisión respecto a su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** calendario posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía desde el día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacer esto en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?
--------------------	---

Término Legal

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Puede apelar con nosotros en dicho caso

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 referente a su fecha de alta hospitalaria. Si no cumple el plazo límite para contactar a la Organización de Mejora de la Calidad, hay otra manera de realizar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Alternativa Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una

“revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita entregarle una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normativas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que terminaría la cobertura.

- Si permaneció en el hospital **después** de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Se rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelaciones *Alternativo* de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " Entidad de Revisión Independiente ". En ocasiones se le denomina " IRE ".

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos de forma automática su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación.

Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.
 - La notificación escrita que obtenga de la organización de revisión independiente le informará sobre cómo comenzar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez Administrativo o abogado litigante.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3.
- La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

**Sección 9.1 Esta sección solo involucra tres servicios:
Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**

Cuando recibe **servicios cubiertos de salud a domicilio, cuidado de enfermería especializado o atención de rehabilitación (Instalación de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura

Término Legal

“Notificación de No Cobertura de Medicare”. Le informa cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de requerir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto al momento de interrumpir su atención.

1. **Usted recibe una notificación escrita** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. La notificación le informa sobre:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.

- Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que cubramos su atención por un periodo más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación escrita para mostrar lo que recibió.** Firmar la notificación *solo* demuestra que ha recibido la información respecto al momento de detención de su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan para dejar de recibir atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos límites.**
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de término para su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de Mejora de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto contempla la revisión de las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realizar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de 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 comenzar su apelación antes del **mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la Notificación de No Cobertura de Medicare.
 - Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente con nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal

“**Explicación Detallada de No Cobertura**”. Notificación que ofrece detalles sobre las razones para dar por terminada una cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, (o a su representante), por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, aunque puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y usted recibirá una **Explicación Detallada de No Cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Podrían existir limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores no aceptan?

- Si los revisores rechazan, **su cobertura finalizará en la fecha que se le indicó.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención** usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán con respecto a su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada para su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 9.5	¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede apelar con nosotros en dicho caso

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si pierde el plazo límite para contactar a esta organización, hay otra manera de realizar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 Alternativa

Término Legal
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita entregarle una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, se realiza otro análisis de toda la información sobre su caso. Verificamos se siguieron todas las normativas al momento de establecer la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y continuaremos brindándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que

finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en la que finalice su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Se rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término Legal
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es “Entidad de Revisión Independiente” . En ocasiones se le denomina “IRE” .

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativo de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** analiza la decisión que tomamos en relación con su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para gestionar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos de forma automática su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación.

Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la cual le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar brindando cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen

limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.

- **Si la organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión efectuada por nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay tres niveles adicionales de apelación luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3 y 4 para Solicitudes de Servicio Médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO) le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Apelación de Nivel 3 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *podría o no finalizar*.** A diferencia de una decisión en Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar a la decisión, se lo notificaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o *no finalizar*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, usted podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 4 y cómo continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 Un Juez en el **Tribunal de Distrito Federal** recibirá su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 **Apelaciones adicionales de Medicaid**

Usted también tiene otros derechos de apelativos si su apelación se trata sobre servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 **Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamento de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, usted podría pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede llevar su apelación a un nivel superior. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez Administrativo o abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o un abogado

litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, usted podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, la notificación le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un Juez en el **Tribunal de Distrito Federal** recibirá su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

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 son gestionados mediante el proceso de reclamo?**

El proceso de reclamo se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está feliz con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?

Reclamo	Ejemplo
Respecto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a privacidad o compartió la información confidencial?
Falta de respeto, pésimo servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está descontento con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que se le anima a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos contemplan esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, o para obtener una receta
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No logramos entregarle una notificación requerida? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una “decisión de apelación rápida” o una “apelación rápida”, y la rechazamos; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para entrega de decisiones de cobertura o apelaciones; puede realizar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle por determinados servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede realizar un reclamo. • Cree que no cumplimos con los plazos establecidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede realizar un reclamo.

Sección 11.2

Cómo presentar una queja

Términos Legales

- Un “**Reclamo**” también se le llama “**queja**”.
- “**Realizar un reclamo**” también se le llama “**presentar una queja**”.
- “**Usar el proceso para reclamos**” también se llama “**usar el proceso para presentar una queja**”.
- Un “**reclamo rápido**” también se denomina “**queja expedita**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Realizar un reclamo

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios de Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros se lo indicará.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede ingresar un reclamo por escrito y enviárnoslo. Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- [Insertar descripción de los procedimientos (incluidos los marcos de tiempo) e instrucciones sobre qué deben hacer los miembros si desean utilizar el proceso para realizar un reclamo. Describir los marcos de tiempo para queja acelerada para quejas sobre decisiones que impliquen no emitir determinaciones expeditas sobre organización/cobertura o reconsideraciones/redeterminaciones.]
- **Independiente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea presentar dicho reclamo.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos un “reclamo rápido”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le entreguemos.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

-- O --

- **Puede realizar su reclamo con la Organización de Mejora de la Calidad y con nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5	También puede informar a Medicare y Medicaid sobre su reclamo
---------------------	--

Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

También puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente al Departamento de Salud (DOH) del Estado de New York. Para enviar una queja al DOH, puede llamar al 1-866-712-7197. Si presenta un reclamo ante Medicare o el DOH, nos solicitarán investigar sus problemas y darle una respuesta.

CAPÍTULO 10:

Dar término a su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción al término de su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en Hamaspik Medicare Choice puede ser **voluntaria** (elección propia) o **involuntaria** (no una elección propia):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. Las Secciones 2 y 3 le entregan información acerca de la finalización de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decida irse, pero nos vemos en la obligación de cancelar su membresía. La Sección 5 le explica acerca de las situaciones en las que debemos dar término a su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar entregando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su reparto de costo hasta que finalice su membresía.

Sección 2 ¿Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especiales:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de Inscripción Especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más,

es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el Período de Inscripción Abierta Anual). Durante este periodo, revise su cobertura médica y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Decida si mantiene su cobertura actual o realiza cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse 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 recetados.
– o –
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
– o –
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** usted puede:

- Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, una vez que se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si infringe nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de tiempo para inscripción varían** dependiendo de su situación.
- **Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
– o –
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
– o –
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Término Legal: Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a la Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta referente a su membresía usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2024*.
- Contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?

La tabla en la página siguiente le explica cómo terminar su membresía en nuestro plan.

Si prefiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Hamaspik Medicare Choice se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado <ul style="list-style-type: none">• Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.• Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare después.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Hamaspik Medicare Choice se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none">• Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.• Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare después.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en Hamaspik Medicare Choice cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Notas importantes sobre la desvinculación:

- Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- Si usted se desvincula de la cobertura de Hamaspik Medicare Choice para sus beneficios de Medicare, automáticamente estará cancelando su inscripción en el plan para sus beneficios de Medicaid. Si necesita servicios de atención a largo plazo que tienen cobertura de Medicaid, deberá seleccionar otro Plan de Atención Controlada a Largo Plazo (MLTC) del plan Medicaid Advantage Plus (MAP) para seguir recibiendo estos servicios.

Para preguntas acerca de sus beneficios de Medicaid del Estado de New York, contacte a Hamaspik Medicare Choice. También puede contactar a la Oficina de Ancianos del Estado de New York (Programa de Defensor del Pueblo) para recibir asistencia e información llamando al 1-800-342-9871.

Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene la cobertura de Medicaid de Nueva York.

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

Hasta que finalice su membresía en Hamaspik Medicare Choice y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe continuar recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar usando nuestros proveedores de red para recibir atención médica.**
- **Continuar usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?
--

Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes ocurre:

- Si ya no tiene la Parte A y B de Medicare

- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 30 días.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en territorio estadounidense.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no se hace cargo del pago, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.
- Si cancela voluntariamente su inscripción de Hamaspik Medicare Choice para su cobertura de Medicare o Medicaid.
 - Si se desvincula de la cobertura de sus beneficios de Medicare, tenemos la obligación de enviar su desvinculación para Medicaid; y si cancela su cobertura para sus beneficios de Medicaid, tenemos la obligación de enviar su desvinculación para Medicare. Todos los miembros deben estar inscritos con Medicare y Medicaid.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera tener más información respecto a cuándo puede terminar su membresía llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Hamaspik Medicare Choice no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:
*Anuncios
legales*

Capítulo 11: Anuncios legales

SECCIÓN 1 Notificación acerca de la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se podrían aplicar otras leyes federales, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación acerca de la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local para los Derechos Civiles. Puede revisar también la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Hamaspik Medicare Choice, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario en virtud de las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituye cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren de hospitalización y que su estancia prevista en el centro no excede las 24 horas. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia al Centro Quirúrgico Ambulatorio. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia al Centro Quirúrgico Ambulatorio.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente por un monto que supere el costo compartido permitido del plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o que le cobren más que el monto de reparto de costos que su plan indica que usted debe pagar. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Facturación de Saldo.

Período de Beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o una instalación de enfermería especializada después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia al Período de Beneficio.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de recursos naturales y vivos como células de animales, células vegetales, bacterias o fermento. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que sus formatos alternativos reciben el nombre de bioequivalentes. Los bioequivalentes por lo general funcional igual de bien y son seguros, tal como los productos biológicos originales.

Medicamento de Marca: medicamento recetado, fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Medicamento de Marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado **\$8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de Necesidades Especiales (SNP) por Atención Crónica: los planes de necesidades especiales para afección crónica (C-SNP) corresponden a un SNP que restringe la inscripción a personas elegibles con MA que tengan una o más condiciones crónicas severas o discapacitantes, tal como se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en base a los múltiples grupos de condiciones vinculadas clínicamente y de enfermedades comórbidas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coaseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Reclamo: el nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También contempla reclamos si su plan no sigue los periodos de tiempo en el proceso de apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a Reclamos.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-idioma y servicios de evaluación ambiental de casa. Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a CORF.

Copago: una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Copago.

Reparto de costos: reparto de costos se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a reparto de costos.

Nivel de Reparto de Costos: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cuatro niveles de reparto de costos. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de reparto de costos, más tendrá que pagar por el medicamento. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a reparto de costos.

Determinación de Cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a Medicamentos Cubiertos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Servicios Cubiertos.

Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a la Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable.

Atención supervisada: la atención supervisada incluye el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención supervisada, entregada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, contempla ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por atención supervisada. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a la Atención Supervisada.

Tarifa diaria de participación en los costos: Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de reparto de costos corresponde al copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de reparto de costos” es \$1 por día. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a la Tarifa diaria de reparto de costos.

Deducible: el monto que usted debe pagar por atención médica o recetas antes de que su plan pague. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Deducible.

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. Consulte el Capítulo 10.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que una farmacia toma preparar y empaquetar la receta. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a Tarifa de dispensación.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a recibir asistencia médica de Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad de la persona.

Individuo con Doble Elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan de Necesidades Especiales con Elegibilidad Doble (D-SNP)

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que ordena su doctor por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno,

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Equipo Médico Duradero.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, la pérdida de un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Emergencia.

Atención de Emergencia: Los servicios cubiertos que: (1) se prestan por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Evidencia de Cobertura.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario). Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a Excepción.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro. Consulte el Capítulo 2 para conocer más detalles de Ayuda Adicional.

Medicamento Genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Habitualmente, un medicamento genérico funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele tener un costo menor. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Medicamento Genérico.

Asistente de Salud en el Hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Asistente de Salud en el Hogar.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro a quien se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Es nuestro deber, como su plan, proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Hospicio.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Estadía Hospitalaria para Pacientes Internados: una estadía en el hospital cuando se le ha admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a una Admisión Hospitalaria.

Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a IRMAA.

Límite de Cobertura Inicial: el límite de cobertura inicial es el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial. Consulte el **Capítulo 6** para obtener una referencia al Límite de Cobertura Inicial que corresponde a \$4,660.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre O sus costos fuera de bolsillo **del año hayan alcanzado los \$4,660 u \$8,000.**

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia al Período de Cobertura Inicial.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades mentales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, y/o instalaciones aprobadas por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo que tienen cobertura en virtud de la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y condición de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan institucional para necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones LTC específicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel institucional de atención basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado respectivo y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Lista de Medicamentos Cubiertos.

Subsidio de Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto Máximo Fuera del Bolsillo: el monto máximo que usted paga fuera del bolsillo durante el año calendario para servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo fuera del bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, 1.2 para obtener información sobre el monto máximo fuera de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Medicaid.

Medicaid Advantage Plus (MAP): un programa de atención controlada de Medicaid en Nueva York que combina el plan Medicare Advantage de un miembro con un conjunto integrado de beneficios de Medicaid.

Los beneficios de Medicaid incluyen, pero no se limitan a, servicios de atención a largo plazo y apoyos, servicios de salud conductual y cobertura dental, y también el reparto de costos de Medicare.

Indicación Medicamento Aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Indicación medicamento aceptada.

Medicamento Necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Medicamento Necesario.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con determinadas discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Medicare.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un iv) Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO y PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan Medicare Advantage.

Programa de Descuentos para el Período Sin Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Brecha de Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Programa de Descuento para el Período Sin Cobertura.

Servicios cubiertos de Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye beneficios adicionales, como atención ocular, dental o auditiva, que un plan de Medicare Advantage pueda ofrecer. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Servicios cubiertos por Medicare.

Plan de Salud de Medicare: una empresa privada que tiene contrato con Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas Piloto/de Demostración y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE). Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan de Salud de Medicare.

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 10 para obtener una referencia a la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no se considera una póliza de Medigap). Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Medigap.

Miembro (Miembro de Nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona con Medicare que es 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). Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Miembro. Consulte el Capítulo 1 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Servicios de Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 1 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Farmacia de la Red: una farmacia de la red que tiene contrato con nuestro plan en donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Farmacia de Red. Los proveedores de red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor de la Red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de red también se denominan “proveedores del plan”. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Proveedor de Red.

Determinación de Organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare se ofrecido a través del gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los sectores de Estados Unidos. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Original Medicare.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia fuera de la red es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a una Farmacia Fuera de la Red.

Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no son propiedad ni están operados por nuestro plan. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Costos Fuera de Bolsillo: Consulte la definición para costos compartidos antes descrita. El requisito de participación en los costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo fuera del bolsillo del miembro. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Emergencia.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para ancianos a fin de ayudar a las personas a mantener su independencia y vivir en sus comunidades (en lugar de ponerlos en una residencia de ancianos) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA). Puede consultar una referencia a la Parte C en el Capítulo 7.

Parte D: el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por Congress.

Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben tener cobertura de todos los planes. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a los Medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia de la Penalización de Inscripción Tardía de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independiente que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para servicios tanto de la red (preferidos) como de proveedores de la red (no preferidos).

Prima: una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro, o un plan de atención médica para cobertura de salud o medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a prima.

Proveedor o Médico de Atención Primaria (PCP): el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre Médicos de Atención Primaria.

Autorización Previa: la aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Autorización Previa.

Prótesis y artículos ortopédicos: Los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral. Consulte los Capítulos 3 y 4 para obtener una definición de Prótesis y ortopédicos.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener más información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de Cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Límites de Cantidad. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener más información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Herramienta de Beneficio en Tiempo Real: una aplicación informática o portal en el cual los afiliados pueden visualizar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica según el formulario de un afiliado y sobre beneficios. Esto contempla los montos de reparto de costos, medicamentos de formulario alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que puede tratar un medicamento específico y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia de pasos, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 para obtener una referencia a Servicios de rehabilitación. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 para obtener una referencia a Servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe residir para unirse a un plan de salud particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también abarca el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a área de servicio de Hamaspik Medicare Choice.

Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF): servicios rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de manera diaria y constante en una instalación de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera titulada. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener una referencia a Instalación de Enfermería Especializada.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica focalizada para grupos de personas específicas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que habitan en una residencia de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan de Necesidades Especiales.

Reparto de Costos Estándar: el reparto de costos estándar corresponde al reparto de costos diferente al costo compartido de preferencia que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia de Pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Terapia de Pasos.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no se consideran servicios de emergencia, siempre que los proveedores de la red estén temporalmente no disponibles o no se les pueda contactar o cuando el afiliado se encuentre fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse con inmediatez y ser médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 3 y 4 para obtener una referencia a Servicios Necesarios de Urgencia.

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English or your Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

SChinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libheng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libheng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance- médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로

문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
(TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

:Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. سيقوم شخص ما يتحدث 1-2774-426-888. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY 711) هذه خدمة مجانية.العربية بمساعدتك

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774]にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)

Servicios de Miembro de Hamaspik Medicare Choice

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Los Servicios de Miembros también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>845-503-1900</p>
ESCRIBIR A	<p>Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com.</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de New York

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAMAR	1-800-342-9871
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR A	2 Empire State Plaza (133.51 mi) Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	www.aging.ny.gov

Declaración de Divulgación PRA. De conformidad con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.