

1 de enero – 31 de diciembre, 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura para medicamentos con receta como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos con receta de Medicare vigente desde el 1 – de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para los miembros llamando al 1-866-901-8000 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Este plan, Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), es ofrecido por Health Partners Medicare. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” hace referencia a Health Partners Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS).

Servicios para los miembros cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

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

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

- su prima del plan; costo compartido
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda;
- y otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2023

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensual para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	28
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	30
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	31
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECCIÓN 6 Medicaid	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	33
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	36
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	37

CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	39
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	39
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	41
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	47
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	47
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	49
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	50
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	53
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2 Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	54
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	91
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>	96
SECCIÓN 1 Introducción	96
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	96
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	99
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	101
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	103
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	106
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	108
SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta	109
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	109
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	111

CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>	115
SECCIÓN 1 Introducción	115
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	118
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	118
SECCIÓN 4 No hay un deducible para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)	120
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	120
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura	126
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura situaciones catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	127
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde las obtiene	127
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos</i>	131
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	131
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió ...	133
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	134
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	136
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan	136
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	142

CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	145
SECCIÓN 1 Introducción	145
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	145
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	146
SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	147
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	150
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	158
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	168
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	175
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	182
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	185
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	191
SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan	191
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	191
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	194
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	194
SECCIÓN 5 Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	195
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	198
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	198
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	198
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	198
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	200

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), que es un Plan de punto de servicio de HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con opción de punto de servicio (Point of Service, POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué se cubre, qué paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene disponible. Le recomendamos que le dedique un poco de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de cobertura de servicios incluye los siguientes condados de New Jersey: Camden, Burlington y Gloucester.

Si tiene planeado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan dentro de su área nueva. Si se muda, 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 muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

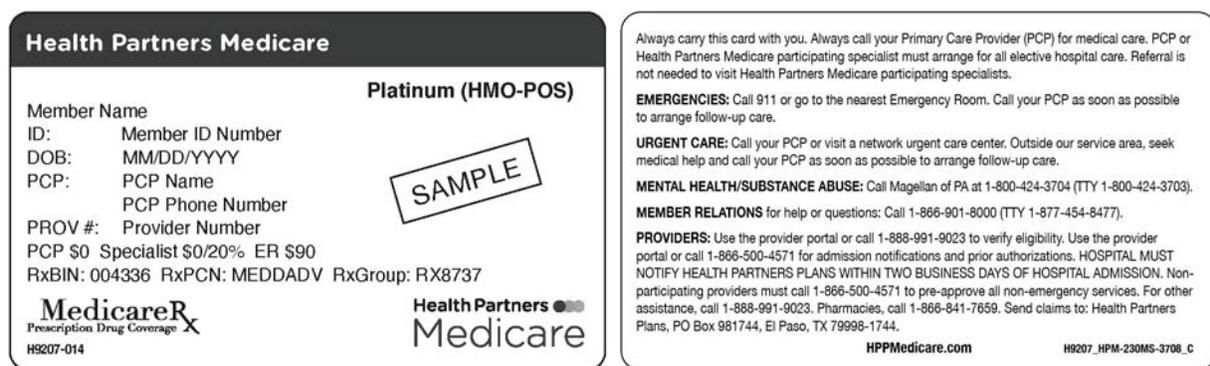
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

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

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan ofrece flexibilidad adicional con la manera de recibir servicios cubiertos a través de nuestra opción de punto de servicio (POS). Usted tiene la opción de recibir determinados servicios y atención médica de un proveedor fuera de la red con un costo adicional. Por lo general, usted pagará copagos o coseguros más altos cuando reciba atención médica de proveedores que no están en nuestra red. Para estos servicios, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Medicare. Los servicios como atención médica de emergencia, atención de urgencia y los servicios de diálisis fuera de la red no se aplican a este beneficio. Consulte el Capítulo 3, Secciones 2.3 y 2.4 para obtener más detalles sobre la atención médica que recibe de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y proveedores es disponible en nuestro sitio web, www.HPPMedicare.com.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a Servicios para los miembros.

El *Directorio de proveedores y farmacias* se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar la *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee obtener los medicamentos. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede obtener medicamentos en farmacias fuera de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (HPPMedicare.com) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensual para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta Evidencia de cobertura hace no se aplica en su caso**. Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS.”

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted), la sección llamada “Costos de Medicare de 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) es de \$20.

Se le proporciona cobertura mediante un contrato con su empleador actual, o con su empleador o sindicato anteriores. Para obtener más información sobre la prima de su plan, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, pasa un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. “Cobertura acreditable de medicamentos con receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), le informamos el monto de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable;

- ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así funciona:

- Si usted pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de que resultara ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$32.74, que es igual a \$4.58. Y se redondea en \$4.60. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los miembros.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto supera un determinado número, usted paga el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Usted puede pagar la multa de cuatro formas. Cuando se inscribe en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), nuestro formulario de inscripción le pide que seleccione una opción de pago. Si desea cambiar la forma de pago después de inscribirse, llame a Servicios para los miembros y le enviaremos un formulario que debe completar y firmar para autorizar el cambio. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Opción 1: Pago con cheque

Si decide pagar con cheque, le enviaremos una factura mensualmente. Nuestra factura mostrará la fecha de vencimiento, que es el primer día de cada mes. El pago deberá realizarse aunque usted no reciba la factura. Emita el cheque a nombre de Health Partners Plans y envíe el pago por correo a:

Attn: Medicare Accounts
Health Partners Plans
P.O. Box 42946
Philadelphia, PA 19101-2946.

También puede pagar personalmente en Health Partners Plans, 901 Market Street, Philadelphia, PA 19107, de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados. Los cheques deben emitirse a nombre de Health Partners Plans. No podemos aceptar cheques emitidos a nombre de Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) o de U.S. Department of Health & Human Services (HHS).

Opción 2: Puede utilizar una transferencia electrónica de fondos

Puede elegir que le debiten el pago mensualmente de su cuenta corriente o caja de ahorros. Usted es responsable de tener fondos suficientes en su cuenta en la fecha programada para el débito automático.

Si elige esta opción, tendrá que proporcionarnos la información de la cuenta correspondiente y una autorización de débito automático.

Opción 3: Puede pagar por teléfono

Los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse desde una cuenta bancaria o desde una tarjeta de crédito Visa, Mastercard o de débito. Llame al 1-833-915-1450 para configurar su cuenta en nuestro sistema de pagos por teléfono operado por TD Bank. Tenga a mano su número de miembro, así como su número de teléfono e información de pago. Luego de la configuración, llame al 1-833-496-7200 en cualquier momento y siga las indicaciones para programar los pagos.

Opción 4: Tener su prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto.

Cómo cambiar la manera en que paga la prima. Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los miembros y le enviaremos un formulario que debe completar y firmar para autorizar el cambio. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan se debe pagar en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido su pago de la prima antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su prima en un plazo de 90 días. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga adeudando las primas que aún no haya pagado. Tenemos derecho a reclamar el pago del importe que adeude.

Si usted piensa que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamado reclamo); consulte el Capítulo 9 para ver cómo se presenta una queja. Si sufrió una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el capítulo 9, sección 10 de este documento se indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-866-901-8000. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. TTY Los usuarios de deben llamar al 1-877-454-8477. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda

adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará la totalidad o parte de la prima mensual del plan del miembro. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le cobraremos la suma que Medicare no cubre. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de gastos compartidos.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización al trabajador o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicios para los miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige recopilar información sobre usted con respecto a otra cobertura de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de otra cobertura de seguros de salud o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no es incluida en el detalle, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)

- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros – Información de contacto
LLAME A	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA	Attn: Member Relations Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.HPPMedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o una apelación de cobertura sobre atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	215-849-7096
ESCRIBA A	Attn: Medical Management Dept. Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB	www.HPPMedicare.com

Método	Decisiones de cobertura por medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-371-3239
ESCRIBA A	Attn: Pharmacy Department Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB	www.HPPMedicare.com

Método	Apelaciones sobre la atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	215-991-4105
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB	www.HPPMedicare.com

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	215-991-4105
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB	www.HPPMedicare.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	215-991-4105
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare por Internet, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	215-991-4105
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago para la atención médica – Información de contacto
ESCRIBA A	Attn: Member Claims Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
PÁGINA WEB	www.HPPMedicare.com

Método	Solicitudes de pago por medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuita. de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
ESCRIBA	Attn: Pharmacy Department Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.HPPMedicare.com

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov Este es la página web oficial del gobierno para Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	<p>También puede utilizar la página web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar un reclamo sobre Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web y revisar la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New Jersey, se llama el SHIP Educación sobre Medicare en Pennsylvania y conocimiento de las decisiones (SHIP).

SHIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los asesores de

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en la mitad de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción n.º 1: Puede utilizar el **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción n.º 2: Puede seleccionar el **ESTADO** en el que reside en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esta acción lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para el estado en el que reside.

Método	Educación sobre Medicare en Pennsylvania y conocimiento de las decisiones – Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En New Jersey, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

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

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Livanta:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en el Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Livanta - New Jersey'Organización para la mejora de la calidad – Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días de la semana: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen Enfermedad Renal Terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en

Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Las programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluir:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con NJ FamilyCare.

Método	NJ FamilyCare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0710 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.njfamilycare.org/default.aspx

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si califica para la “Ayuda adicional” en forma automática, Medicare le enviará una carta. No tendrá que hacer una solicitud. Si no califica para la “Ayuda adicional” en forma automática,

puede obtener la “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”, llame al:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si desea recibir ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, llame a Servicios para los miembros en cualquier momento (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si ya tiene esta información, envíe una copia a:

Attn: Member Relations
Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período de interrupción en la cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) ofrece cobertura adicional durante la interrupción en la cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del período de interrupción de la cobertura, los gastos que tendrá que pagar de su bolsillo para las insulinas selectas serán de

\$10 por suministro de un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa del período de interrupción de la cobertura. Nota: Este gasto compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”). Para saber qué medicamentos son considerados insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que enviamos vía electrónica. Puede identificar las insulinas selectas por su inclusión en la Lista de Medicamentos; todas las insulinas enumeradas están cubiertas como insulinas selectas. Si tiene consultas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

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

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (Special Pharmaceutical Benefits Program, SPBP) para costo compartido de medicamentos recetados.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-877-613-4533.

MétoDo	Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA (ADDP) – Información de contacto
LLAME AL	1-877-613-4533 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA a	New Jersey ADDP Office P.O. Box 722 Trenton, NJ 08625
PÁGINA WEB	www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New Jersey, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD).

Método	Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-9745 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	PAAD-HAAAD P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	https://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/ .

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0,” podrá hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
	Si pulsa “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB y a 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 con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para obtener
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- **“Los proveedores”** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, paga la parte que le corresponde por el costo de los servicios.
- **“Los servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios en Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir dentro de la red a elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le denomina darle una “autorización previa.” Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación se describen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan brinde cobertura, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de obtener la atención médica. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización 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 reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

- Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico u otro profesional de la salud que cumple con los requisitos del estado y ha recibido formación para proporcionarle atención médica básica.
- Su PCP es por lo general un médico, pero puede ser un auxiliar médico o un enfermero practicante.
- Su PCP se ocupa de la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina y también ayuda a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de médicos especialistas, admisiones al hospital y atención de seguimiento.
- La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención médica y evolución.
- En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) para ciertos servicios médicos. Su PCP es responsable de trabajar con Health Partners Medicare para obtener autorización previa. Dado que su PCP será el que proporcionará y coordinará su atención médica, usted deberá verificar que se hayan enviado todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

En la mayoría de los casos, elegirá un PCP cuando se inscriba en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), e ingresará el nombre de ese PCP y el número de proveedor en su formulario de inscripción. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para elegir el PCP. Para obtener la información más actualizada, busque los proveedores participantes utilizando nuestro directorio en línea en www.HPPMedicare.com o llamando a Servicios para los miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

IMPORTANTE: Utilizamos un símbolo de triángulo en nuestro directorio impreso para mostrar los proveedores que también participan en el programa Medical Assistance (Medicaid). Si Medicaid paga su gasto compartido de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), debe elegir un PCP de nuestra red que también sea un proveedor participante de Medicaid. Si elige un PCP que no participe con Medicaid, el programa Medical Assistance no le pagará a este proveedor y usted será totalmente responsable de cualquier monto de copago o coseguro del plan.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, simplemente llame a Servicios para los miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477). Servicios para los miembros verificarán que el PCP al que usted desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Servicios para los miembros cambiará el registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP, le indicará cuándo entrará en vigencia el cambio al nuevo PCP, y solicitará una tarjeta de identificación de reemplazo que mostrará la información de sus nuevos PCPs.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Para solicitar una tarjeta de identificación nueva o de reemplazo, visite www.HPPMedicare.com. Haga clic en el Portal para miembros en la parte superior de la página.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no una referencia de su PCP por adelantado?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Visitas al consultorio de un especialista
- Atención médica de rutina para la mujer, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunaciones contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.)

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

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

No se requiere recomendación de su PCP para las visitas a especialistas. Por lo general, su PCP coordinará otros servicios de atención médica que pueda necesitar, como análisis de laboratorio y radiografías.

Ciertos servicios requieren autorización previa. El plan debe aprobar estos servicios antes de que se proporcionen; de lo contrario, no los pagaremos. Su PCP u otro proveedor del plan es responsable de obtener la autorización previa. (Un miembro puede solicitar autorización previa, pero necesitaremos información clínica de su proveedor para aprobar una solicitud). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa.

Se ofrece cobertura para ciertos servicios proporcionados por proveedores y centros fuera de la red conforme al beneficio de punto de servicio (POS) al nivel de gastos compartidos fuera de la red. Le recomendamos que notifique al Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) de dichos servicios, para que el Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) pueda ayudarlo a coordinar la atención médica.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días' de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio a nivel de costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte Capítulo 9.

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

Se ofrece cobertura para ciertos servicios proporcionados por proveedores y centros fuera de la red conforme al beneficio de punto de servicio (POS) al nivel de gastos compartidos fuera de la red. No necesita una recomendación de su PCP para poder recibir servicios conforme al beneficio de punto de servicio. Las emergencias y los servicios de urgencia cubiertos por Medicare siempre estarán cubiertos en su beneficio dentro de la red. Le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros después de recibir servicios de POS para que podamos ayudarlo con la coordinación de la atención médica.

Consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de

cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, y en la portada posterior de este documento.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si la atención médica de emergencia se la proporcionan proveedores que no pertenecen a la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” usted respeta las reglas para obtener este cuidado urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es una emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son: i) un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio

Para casos de atención de urgencia cuando la oficina de PCP está cerrada, llame a la oficina de PCP. A menos que le indiquen lo contrario cuando llame, deje un mensaje que incluya su nombre y un número al que podamos contactarlo.

Su PCP u otro médico que esté de guardia, lo llamará y le brindará ayuda o lo derivará a un proveedor o a un centro de atención de urgencia para que reciba tratamiento. Si tiene problemas para comunicarse con su PCP fuera del horario de atención, también puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) para recibir ayuda. También puede visitar un centro de atención de urgencia o una clínica ambulatoria sin una cita. Visite www.HPPMedicare.com para obtener una lista de centros de atención de urgencia dentro de la red.

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda consultar con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios internacionales de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.HPPMedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

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

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague por los servicios después de que haya alcanzado el límite de su beneficio no contarán para el monto máximo de su bolsillo.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio solamente si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, será responsable solo de los gastos compartidos

dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si ha pagado más, por ejemplo, si ya ha pagado el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarlo ni obtener nuestra aprobación, ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo animamos a que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado por costo compartido. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría \$20 de copago según lo requiere Medicare Original. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un

servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted \$10. Por lo tanto, el pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

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

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

¿Desea obtener más información?

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

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

Nuestros límites habituales de cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se aplican para la atención de pacientes internados recibida en una institución religiosa de atención no médica. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), generalmente no adquirirá la titularidad de los equipos médicos duraderos (DME) alquilados sin importar cuántos copagos haga por el equipo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias

limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar trece (13) pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que se encuentran cubiertos por el plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es \$7,900.

Los montos que paga por copagos y coseguro para los servicios cubiertos dentro de la red (y los servicios fuera de la red cubiertos por nuestra opción de punto de servicio) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que usted paga de su bolsillo). Si usted alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de \$7,900, no deberá pagar ningún otro gasto en efectivo durante el resto del año por servicios de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la

prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada

servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que está brindando y supervisando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Hasta 20 visitas de acupuntura cubiertas por año para cualquier propósito de tratamiento. (Este beneficio es adicional al beneficio cubierto por Medicare que se detalla a continuación).</p>	<p>\$10 copago por cada tratamiento de acupuntura.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de una duración de 12 semanas o más; • no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. Es posible administrar como máximo 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en</p>	<p>\$0 copago para los tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)</p> <p>enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el atención médica solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p><i>Se requiere autorización previa para los traslados en ambulancia terrestre o aérea que no sean de emergencia.</i></p> <p><i>No se requiere autorización previa para los traslados a centros de salud del comportamiento.</i></p>	<p>\$210 copago para cada servicio de ambulancia terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Este costo compartido no se exime si usted es hospitalizado.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas preventivas anuales.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses 	<p>No existe coseguro, copago o deducible para las mamografías exploratorias cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una recomendación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$40 copago para cada servicio de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0 copago para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare para el tratamiento de la subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral se desvían).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta fecal (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Si el servicio es de diagnóstico en lugar de preventivo, se aplicarán los gastos compartidos que correspondan.</p> <p>Si se encuentra un pólipo u otro tejido y se extrae durante una colonoscopia, usted tal vez deba pagar los copagos por los servicios médicos y la cirugía ambulatoria.</p> <p>También pueden aplicarse gastos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios o de un centro quirúrgico ambulatorio si el servicio se proporciona en estos centros.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: límite de 2 exámenes bucales por año • Profilaxis (limpieza): límite de 2 limpiezas por año • Radiografías dentales: límite de 1 radiografía por año <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 copago para todos los servicios dentales preventivos.</p> <p>\$40 copago para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago para todos los servicios dentales integrales complementarios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Servicios dentales integrales complementarios:</p> <p>\$1,000 el monto máximo de cobertura del plan para los servicios dentales integrales complementarios incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia • cirugía oral/maxilofacial <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios complementarios y cubiertos por Medicare.</i></p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. (Las tiras reactivas están limitadas a 150 para un suministro de 30 días y a 450 para un suministro de 90 días). • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La formación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. <p><i>Se requiere autorización previa para los suministros de control de la diabetes de fabricantes no preferidos.</i></p>	<p>0 % coseguro para suministros de control de la diabetes de fabricantes preferidos.</p> <p>20 % de coseguro para suministros de control de la diabetes de fabricantes no preferidos.</p> <p>20 % coseguro para todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % coseguro para zapatos o plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para leer la definición del término “equipos médicos duraderos”, consulte los Capítulos 12 y 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación 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 trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le</p>	<p>20 % coseguro para DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>El gasto compartido que le corresponde a usted para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es 20 %, todos los años.</p> <p>Este no se modificará después de estar inscrito durante 36 meses en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) realice un pedido especial para usted. La lista más de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com</p> <p>El DME debe obtenerse solamente de proveedores de la red. No reembolsaremos las compras realizadas en tiendas minoristas o en línea fuera de la red.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para determinados DME y para todos los alquileres de DME.</i></p>	<p>Si antes de la inscripción en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) ya había pagado 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su gasto compartido en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) es 20 %.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte “Cobertura de emergencia o urgencia global” más adelante en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>\$90 copago para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si usted ingresa en el mismo centro en el plazo de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención médica para pacientes internados después de haberse estabilizado la condición de emergencia, usted debe ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación)</p>	<p>atención médica <i>O</i> debe recibir la atención médica para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Programa de actividad física</p> <p>El beneficio de actividad física ofrece el acceso a una membresía anual de SilverSneakers®, el programa de ejercicios líder en el país, diseñado exclusivamente para adultos mayores. Utiliza una combinación única de entrenamiento físico y actividades sociales para que los participantes tomen el control de su salud. Los miembros de SilverSneakers tienen acceso libre a una red de centros de entrenamiento físico de casi 16,000 gimnasios, y pueden inscribirse simultáneamente en varios gimnasios dentro del mismo mes.</p> <p>Los miembros pueden optar por la membresía en el Salvation Army Kroc Center of Philadelphia en lugar de la membresía de SilverSneakers®. Comuníquese con Servicios para los miembros para seleccionar esta opción.</p>	<p>\$0 copago por la membresía de SilverSneakers o de Salvation Army Kroc Center of Philadelphia.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina (limitados a 1 visita por año) • Audífonos (cubiertos hasta \$1,500 cada dos años) 	<p>\$35 copago para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede aplicarse además el copago de especialistas si los servicios se prestan durante una visita al especialista.</p> <p>\$0 copago para los exámenes auditivos anuales de rutina.</p> <p>\$0 copago para audífonos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0 copago para atención médica en el hogar cubierta por Medicare.</p>
<p>Tratamientos de infusión a domicilio</p> <p>Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>\$0 copago para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % coseguro para los medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamientos de infusión a domicilio (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica• Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor• Atención de alivio a corto plazo• Atención en el hogar <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de cuidado paliativo y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, y no Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación) hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios cubiertos por Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. <i>Se requiere autorización previa para la atención en un hospicio para pacientes internados.</i></p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez por año en cada estación de gripe en otoño y en invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de atención médicas agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de atención médicas especiales (por ejemplo, unidades de atención médicas intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados 	<p>\$275 copago por día para los días 1 a 5 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$704 copago por día por cada día de reserva de por vida (a partir del día 91). Tiene cobertura para 60 días de reserva de por vida.</p> <p>El plan cubre 90 días por hospitalización. Se cobra un gasto compartido para cada hospitalización (cada vez que usted ingrese en el hospital).</p> <p>El traslado a un centro diferente (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados u</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• En determinadas situaciones, cubrimos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre y de intestino/varias vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Servicios del médico <p>Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.</p>	<p>otro hospital de atención médica a largo plazo) se considera un nuevo ingreso.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las internaciones electivas. Todas las demás admisiones se revisarán para comprobar que estén autorizadas y que sean médicamente necesarias.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para todos los ingresos electivos en un hospital. Todas las demás admisiones se revisarán para comprobar que estén autorizadas y que sean médicamente necesarias.</i></p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Salvo en caso de urgencia, el proveedor debe informarnos que a usted lo ingresarán en el hospital. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$275 copago por día para los días 1 a 5 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada día de reserva de por vida. Tiene cobertura para 60 días de reserva de por vida.</p> <p>El plan cubre 90 días por hospitalización. Se cobra un gasto compartido para cada hospitalización (cada vez que usted ingrese en el hospital).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p><i>Se requiere autorización previa para determinadas pruebas de diagnóstico y para dispositivos protésicos y servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</i></p>	<p>\$0 copago para cada visita a un médico de atención primaria cubierta por Medicare .</p> <p>\$0 copago para cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por día para los procedimientos/ pruebas/análisis de laboratorio de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$30 copago para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>\$250 copago para los servicios radiológicos de diagnóstico (como TC, RM).</p> <p>20 % de coseguro para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$25 copago para cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>Los servicios de MDPP son una intervención estructurada de cambio conductual de la salud que brinda entrenamiento práctico para cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos en cuanto al mantenimiento de pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, pacientes externos o servicios en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan 	<p>20 % coseguro para medicamentos de la Parte B.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Factores de coagulación que se aplica usted mismo a través de inyecciones si tiene hemofilia• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscripto en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento• Antígenos• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Procrit® o Epoetin Alfa)• Inmunoglobulinas intravenosas para tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias <p>’Los medicamentos descritos en las viñetas anteriores “Medicamentos que no suelen ser autoadministrados” y “Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria” pueden estar sujetos a la terapia escalonada.</p> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.HPPMedicare.com/PartB.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en el beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$25 copago para los servicios de tratamiento con opioides.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. 	<p>\$0 copago para los procedimientos/las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$30 copago para las radiografías cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa para todos los servicios, excepto las radiografías.</i></p>	<p>\$250 copago para los servicios radiológicos de diagnóstico (como TC, RM).</p> <p>20 % coseguro para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or</p>	<p>\$300 copago para los servicios de observación hospitalaria ambulatoria por cada hospitalización.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación)</p> <p>Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento del paciente internado podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>\$300 copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$200 copago por cada visita cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios que no sean la consulta inicial, la terapia ambulatoria de rutina ni las visitas para la administración de medicamentos.</i></p>	<p>\$0 copago por cada visita de salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$25 copago por cada visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen visitas de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias individuales y grupales.</p>	<p>\$0 copago para cada visita de tratamiento individual o grupal.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p>Los gastos compartidos indicados corresponden al centro. También pueden aplicarse gastos compartidos del especialista o de otros profesionales de la salud.</p> <p><i>Puede requerirse una autorización previa.</i></p>	<p>\$200 copago por cada visita cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>\$300 copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan cubre hasta \$60 cada 3 meses para los artículos de venta libre elegibles. Los montos no utilizados no pueden transferirse de un trimestre a otro. Se debe utilizar la cantidad del cuarto trimestre antes del 31 de diciembre de 2023. Este beneficio solo puede utilizarse para la adquisición de productos para los miembros.</p> <p>Para obtener más detalles, póngase en contacto con Servicios para los miembros.</p>	<p>copago de \$0 por cada artículo OTC elegible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$55 copago por día para cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluyendo los siguientes: Servicios del médico de atención primaria; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para recibir servicios de especialidad de salud mental; sesiones individuales para recibir servicios de psiquiatría; <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Los servicios pueden prestarse a través de conferencias de audio y video en computadoras portátiles, tabletas, teléfonos inteligentes u otros dispositivos similares. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un 	<p>\$0 copago por cada visita al médico de atención primaria o servicio de telesalud con un médico de atención primaria cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada visita a un especialista o servicio de telesalud con un especialista cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada sesión individual con un psiquiatra o especialista en salud mental cubierta por Medicare, ya sea en persona o mediante atención médica remota.</p> <p>Es posible que se apliquen gastos compartidos adicionales si se reciben otros servicios durante las visitas al consultorio médico.</p> <p>Observación: No se requiere autorización previa para el proceso de atención médica remota. Sin embargo, los servicios</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <p>médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">◦ no es un paciente nuevo y◦ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y◦ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">◦ no es un paciente nuevo y◦ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y◦ la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras	<p>que requieren autorización para las consultas presenciales (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan mediante atención médica remota.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <p>relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).</p> <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios psiquiátricos y de especialidad de salud mental que no sean la consulta inicial, la terapia ambulatoria de rutina ni las visitas para la administración de medicamentos.</i></p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo martillado o espolones calcáneos) • Cuidado del pie de rutina para miembros con ciertas enfermedades que afecten las extremidades inferiores • Cuidado del pie de rutina – limitado a 1 visita cada 3 meses 	<p>\$0 copago por cada visita al podólogo cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada visita al podólogo de rutina.</p>
<p>Beneficios del Punto de servicio</p> <p>Este plan ofrece beneficios en el punto de servicio (POS) o “fuera de la red”. Con esta cobertura, usted puede consultar a cualquier proveedor que participe en Medicare dentro de Estados Unidos y sus territorios. Cuando utiliza sus beneficios POS, pagará más por los servicios que lo que pagaría si utilizara un “proveedor de la red.” Los servicios cubiertos con la opción POS incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas anuales de bienestar • Servicios quiroprácticos • Servicios de médicos especialistas • Servicios de podología • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Examen de detección de glaucoma • Examen de detección de diabetes • Capacitación sobre autocontrol de la diabetes • Enemas de bario • Examen de detección de cáncer colorrectal 	<p>20 % El coseguro se aplica cuando se selecciona la opción POS para recibir los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios del Punto de servicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tactos rectales • Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar • ECG después de la consulta de bienvenida • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare • Servicios dentales integrales • Exámenes de la vista • Exámenes de audición • Servicios de tratamiento con opioides • Servicios de psiquiatría • Servicios de diálisis <p><i>Se requiere autorización previa para recibir servicios de proveedores fuera de la red.</i></p>	
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>20 % coseguro para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una recomendación de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$0 copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>Tecnología de acceso remoto (Teladoc®)</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, los miembros tienen acceso por teléfono o video a médicos acreditados. Este servicio no reemplaza el papel que cumplen los médicos de los miembros, pero es una opción conveniente que permite a los miembros hablar con un médico para que les haga un diagnóstico, les recomiende un tratamiento y les recete medicamentos, cuando sea pertinente para muchos problemas médicos no urgentes como los siguientes: bronquitis o sinusitis, alergias, síntomas de resfriado y gripe, infecciones respiratorias e infecciones del oído.’</p>	<p>copago de \$0 para los servicios de Teladoc.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 1 paquete al día durante 20 años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)</p> <p>También cubrimos por año hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la recomendación del médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Entrenamiento para autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (como por ejemplo, si es necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo 	<p>\$0 copago para servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % coseguro para los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) va con la autodiálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis se contemplan en el beneficio de cobertura de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</p> <p>(Encontrará una definición de “atención en centros de enfermería especializada” en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se denominan a veces “SNF”).</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre.) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF • Pruebas de laboratorio 	<p>\$0 copago por día para los días 1 a 20 para la atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>\$176 copago por día para los días 21 a 100 de atención en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>La cobertura es de hasta 100 días por cada período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, de acuerdo con las directrices de Medicare.</p> <p>Los copagos para los beneficios en centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografía y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF • Servicios de médicos/practicantes <p>Generalmente, usted obtendrá atención en un SNF de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar los gastos compartidos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta las sumas de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>cuando usted no haya recibido servicios de atención médica para pacientes internados en un hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital (o SNF) después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>copago de \$0 por cada sesión de terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de monitoreo remoto</p> <p>Se cubre un programa de monitoreo remoto en el hogar para miembros que tienen insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hipertensión o diabetes no controlada. Los miembros recibirán apoyo clínico mientras participen en el programa a través de una aplicación que permita realizar chats, llamadas telefónicas y videoconferencias.</p> <p>Además, se ofrecerán medidores de presión arterial a los miembros con hipertensión no controlada. El propósito de este artículo es permitir que estos miembros en especial se controlen la presión arterial y la informen al médico según sus indicaciones. Un médico debe indicar que el miembro necesita estos artículos. Pueden aplicarse limitaciones.</p>	<p>copago de \$0 para los servicios de monitoreo remoto.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte “Cobertura de emergencia o urgencia global” más adelante en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>\$55 copago por cada visita de atención urgente cubierta por Medicare.</p> <p>Este copago no se exime si está hospitalizado.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, incluso el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Exámenes de la vista de rutina: límite de 1 por año. • Artículos de rutina para la vista: cobertura de uno de los siguientes a elección, hasta \$200 por año: <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos (lentes y marco) - lentes de contacto 	<p>\$40 copago para los servicios para la vista cubiertos por Medicare. (pueden corresponder también \$30 de especialis-tacopago).</p> <p>\$0 copago para los artículos para la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago para el examen anual de la vista de rutina.</p> <p>\$0 copago para los artículos de rutina para la vista.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Emergencia global/Cobertura urgente</p> <p>El plan cubre la atención urgente y de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta se limita únicamente a los servicios que se clasificarían como de urgencia o emergencia si se hubieran provisto en Estados Unidos hasta un máximo de \$5,000 al año. 	<p>\$0 copago para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p>

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

En la siguiente tabla se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación y se toma una decisión con respecto a un servicio: tras una apelación por un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3 en este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Atención dental que no sea de rutina		La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria. Consulte “Servicios dentales” en la Tabla de beneficios para conocer otras coberturas.
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Dispositivos de apoyo para los pies		Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Entrega de comidas a domicilio	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	✓	
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Si los zapatos forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte en el capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

En general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que cumpla las siguientes reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le haga una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- En general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Adquiéralos en una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.HPPMedicare.com), y/o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicios para los miembros.

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

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite **hasta un 90 suministro de días**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestra página web (www.HPPMedicare.com) y seleccione “Prescription Drugs (Medicamentos con receta)” y luego “Order Drugs by Mail (Pedir medicamentos por correo).” También puede llamar al Servicios para los miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Por lo general, un pedido de farmacias pedido por correo se entregará en no más de 14 días. Si por algún motivo su pedido por correo se retrasa, revisaremos su caso y, si es necesario, coordinaremos la cobertura del costo de su medicamento con receta mientras espera que llegue el pedido por correo. Al pedir medicamentos por correo, asegúrese de hacerlo con tiempo suficiente para recibir el medicamento cuando lo necesite. Llame al Servicios para los miembros si necesita ayuda con un pedido por correo retrasado de un medicamento con receta (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Renovaciones de medicamentos de pedido por correo con receta. En caso de renovaciones, contacte a la farmacia 10-14 días antes de que las recetas estén por vencer para asegurarse de que el próximo pedido se enviará a tiempo.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en los gastos compartidos del pedido por correo un costo compartido. Otras, tal vez, no acepten un de pedido por correo costo compartido. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede llamar Servicios para los miembros para obtener más información.
2. Asimismo, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte en la sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros** para comprobar si existe alguna farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que 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 las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si paga un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos, puede enviar su recibo detallado y una explicación al plan para un posible reembolso. Todo reembolso tiene un límite de suministro de 30 días.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo pedir el reembolso al plan).

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

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

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

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

Los medicamentos de la lista de medicamentos son solo los cubiertos por la parte D de Medicare

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del

medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que se encuentra:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se receta;
- o avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de prescripción que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y a menudo cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre este tema, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. Para más información, consulte en el capítulo 9.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- Genéricos preferidos – el nivel de costo más bajo, para medicamentos genéricos seleccionados
- Genéricos – un nivel de costo más elevado, para la mayor parte de los otros medicamentos genéricos
- Marca preferida – un nivel de costo medio, para medicamentos de marca seleccionados, insulinas selectas y algunos medicamentos genéricos de un costo más elevado

- Medicamento no preferido – el segundo nivel de costo más elevado, para medicamentos seleccionados
- Especialidades – el nivel de costo más elevado, para determinados medicamentos inyectables y especialidades

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

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (HPPMedicare.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costo compartido a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que el plan le cubra el medicamento. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para saber lo que necesitarían hacer usted o el proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte en el capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando existe una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o el proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Este proceso se denomina “**autorización previa.**” Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado.**”

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener al momento de surtir una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Puede tomar medidas si el medicamento no se encuentra cubierto del modo en que quisiera que lo estuviese. Si el medicamento no figura en la lista de medicamentos o si se encuentra restringido, consulte en la sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir lo que debe hacer.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la lista de medicamentos del plan** **O se encuentra ahora restringido de algún modo.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos 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 de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.

- **Para los miembros actuales que tienen un cambio en el nivel de atención médica (como la finalización de una hospitalización, una estadía en un centro de enfermería especializada u otro tipo de atención a largo plazo, o que regresan de la condición de hospicio a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare):**

Para estas transiciones no planificadas, puede solicitarnos que hagamos una excepción de formulario o una apelación para continuar con la cobertura de su medicamento. Además, revisaremos las solicitudes para la continuación de la terapia caso por caso para los miembros que tuvieron un cambio en su nivel de atención médica y están estabilizados en regímenes farmacológicos que, si se alteran, tienen riesgos conocidos.

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para los miembros.

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y el proveedor pueden solicitarle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento del modo en que desearía que estuviese cubierto. Si el proveedor indica que existen razones médicas

que justifican que nos pida una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted y el proveedor desean solicitar una excepción, consulte en la sección 6.4 del capítulo 9 que le explica el modo de hacerlo. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate de modo inmediato y justo.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para los miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la lista de medicamentos, publicamos información en nuestra página web sobre dichos cambios. También actualizamos la lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación le indicamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se producen cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un medicamento genérico nuevo sustituye al medicamento de marca registrada en la lista de medicamentos (o bien cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambas acciones)**
 - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca registrada de la lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión nueva de un genérico autorizado del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o un nivel menor y con las mismas o menores restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel superior de costo compartido o añadir nuevas restricciones, o ambas acciones, al añadir el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con antelación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al momento de hacer el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto incluye información sobre los pasos

a seguir para realizar una solicitud de excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.

- Usted o el prescriptor pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre el modo de solicitar una excepción, consulte en el capítulo 9.
- **Medicamentos riesgosos y otros medicamentos de la lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse riesgoso o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos de inmediato.
 - Se le informará a su prescriptor acerca de este cambio y podrá colaborar con usted para hallar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos**
 - Es posible que, una vez iniciado el año, realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. 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 modificar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambas acciones. También podríamos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

Podemos hacer ciertos cambios en la lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni ninguna restricción añadida al uso del medicamento.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de la parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la 'Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de miembro

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si no posee la información del plan en el momento de obtener el medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces **puede solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicios para los miembros. Si se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la parte D a través de la red de farmacias del LTC.

¿Qué ocurre si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte en la sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente posee otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios de grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar el modo en el que funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con el plan.

En general, si posee cobertura por empleo o grupo de jubilación, la cobertura que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año, el empleador o grupo de jubilación debe enviarle una notificación en la que se indica si la cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable.”

Si la cobertura del plan del grupo es “acreditable,” significa que el plan posee una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.’

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable, dado que podría necesitarla más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. En

caso de no haber recibido la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

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

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

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los médicos, si decidimos que el uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que usted puede obtener estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertos médicos
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que se deben aplicar a su caso. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los médicos o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la determinación que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el prescriptor tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la decisión tomada. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte en el capítulo 9 para obtener información sobre el modo de solicitar una apelación.

Es posible que no se lo incluya en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado al cáncer o depreanocitosis, recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen un gasto alto en medicamentos, o son parte de un programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre el mejor modo de tomar los medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de los medicamentos. Asimismo, obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, los horarios en que los toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Le recomendamos consultar con el médico sobre la lista de tareas y los medicamentos recomendados. Lleve un resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga la lista de medicamentos actualizada siempre (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de asistir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas por seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, secciones 1 a 4, se explican estas normas.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

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

Los gastos de su bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa de cobertura inicial
 - etapa del período de interrupción en la cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de que se uniese a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

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

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

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- 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 que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llame a Servicios para los miembros.

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance los \$7,400, este informe le indicará que ha dejado el etapa del período de interrupción en la cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” en su cobertura de medicamentos con receta de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS). El monto que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa están en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: etapa del deducible anual

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

Etapa 3: etapa del período de brecha en la cobertura

Etapa 4: etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de los 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 usted surtió uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Hay disponibles recetas alternativas a menor precio.** Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de los recibos. Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de sus recibos de sus medicamentos:
 - cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan;
 - cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento;
 - cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 7, sección 2.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay un deducible para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)

No hay un deducible para Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) no aplica deducibles para Insulinas de seleccione. Durante la Etapa de deducibles, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por Insulinas de seleccione serán de \$10 para un suministro de un mes. Para saber qué medicamentos son considerados Insulinas de seleccione, revise la Lista de medicamentos más reciente que enviamos vía electrónica. Usted puede identificar Insulinas de seleccione por su inclusión en la Lista de Medicamentos; todas las insulinas enumeradas están cubiertas como insulinas selectas. Si tiene consultas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

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

El plan tiene niveles de cinco costo compartido

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

- Genéricos preferidos – el nivel de costo más bajo, para medicamentos genéricos seleccionados
- Genéricos – un nivel de costo más elevado, para la mayor parte de los otros medicamentos genéricos
- Marca preferida – un nivel de costo medio, para medicamentos de marca seleccionados, insulinas selectas y algunos medicamentos genéricos de un costo más elevado
- Medicamento no preferido – el segundo nivel de costo más elevado, para medicamentos seleccionados
- Especialidades – el nivel de costo más elevado, para determinados medicamentos inyectables y especialidades

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el capítulo 5, sección 2.5.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

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

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En esos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

	Gasto compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel				
Gasto compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos) (el nivel de costo más bajo, para medicamentos seleccionados)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Gasto compartido Nivel 2 (Genéricos) (un nivel de costo mayor, para la mayor parte de los otros medicamentos)	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago

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

		Gasto compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel					
Gasto compartido Nivel 3 (Marca preferida) (un nivel de costo medio, para medicamentos de marca seleccionados, insulinas selectas y algunos medicamentos genéricos de un costo más elevado)	Insulias selectas[‡]	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago
	Otros medicamentos	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Gasto compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido) (el segundo nivel de costo más elevado, para medicamentos seleccionados)		\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago

	Gasto compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Gasto compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel				
Gasto compartido Nivel 5 (Especializado) (el nivel de costo más elevado, para determinados medicamentos inyectables y especializados)	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro

‡Estos copagos para las insulinas selectas solo se aplican a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”).

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le 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 resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que

paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (para hasta suministro para 90 días)	Pedido por correo costo compartido estándar (para hasta suministro para 90 días)
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos) (el nivel de costo más bajo, para medicamentos seleccionados)	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos) (un nivel de costo mayor, para la mayor parte de los otros medicamentos)	\$20 de copago	\$20 de copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida) (un nivel de costo medio, para medicamentos de marca seleccionados, insulinas selectas y algunos medicamentos genéricos de un costo más elevado)	Insulinas selectas[‡] \$20 copago	\$20 copago
	Otros medicamentos \$94 de copago	\$94 de copago

Nivel	costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (para hasta suministro para 90 días)	Pedido por correo costo compartido estándar (para hasta suministro para 90 días)
Costo compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido) (el segundo nivel de costo más elevado, para medicamentos seleccionados)	\$200 de copago	\$200 de copago
Costo compartido Nivel 5 (Especializado) (el nivel de costo más elevado, para determinados medicamentos inyectables y especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel de especializados.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel de especializados.

‡Estos copagos para las Insulinas de selección solo se aplican a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”).

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

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

La EOB de la Parte D que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si alcanza este monto, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de período sin cobertura. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la sección 1.3.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando está en la Etapa del período de interrupción en la cobertura, el Programa de descuento de la brecha en la cobertura de Medicare proporciona descuentos en medicamentos de marca registrada. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca registrada. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad, y lo desplaza a lo largo de la brecha en la cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted solo pagará el 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan cubrirá el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza en el periodo sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga anualmente de su propio bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcanza este monto \$7,400, deja la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo (sección 1.3).

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) ofrece cobertura adicional durante la etapa de interrupción en la cobertura para Insulinas de selección. Durante la Etapa del período de interrupción en la cobertura, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo serán de \$10 para un suministro de un mes. Para saber qué medicamentos son considerados Insulinas de selección, revise la Lista de medicamentos más reciente que enviamos vía electrónica. Usted puede identificar Insulinas de selección por su inclusión en la Lista de Medicamentos; todas las insulinas enumeradas están cubiertas como insulinas selectas. Si tiene consultas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura situaciones catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Tu vas a pagar:

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

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte de la cobertura es del costo de **darle la vacuna**. (A menudo, a esto se lo denomina la “administración” de la vacuna).

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]* en el capítulo 4).
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde se obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí se puede obtener en una farmacia o el consultorio médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrársela en el consultorio médico.

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la administra. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Recibe la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted le paga a la farmacia el monto de su coseguro *O* copago por la vacuna, que incluye el costo de administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la administrará.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.

- Le reembolsarán el monto que usted pagó menos su coseguro *O* copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitarle al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

- solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted, por accidente, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos su parte del costo.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de sus costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos antes de enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos el reclamo dentro de 180 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Para elementos/servicios médicos:

Attn: Member Claims
Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para medicamentos con receta:

Attn: Pharmacy Department
Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan tiene la obligación de asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera respetuosa de las culturas y que sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos de diversos orígenes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad se incluyen, a título enunciativo, la provisión de servicios de traductores, intérpretes, teleescritores o conexión a TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritor).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede presentar una queja ante Medicare mediante un llamado a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria de su (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la del Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y

reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de estos tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. en el capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores le deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted comprenda*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y el “**poder notarial para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para pedir los formularios.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

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

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no han seguido sus instrucciones brindadas en la directiva, usted podrá presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de New Jersey, PO Box 360, Trenton, NJ 08625-0360.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico**. Para obtener más información consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos 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 jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente.”
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

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

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones web en el capítulo 2, sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Estas son las opciones de contacto con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimaré, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es tratada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos adecuadamente todas las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimarán, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación en la que se explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero decimos que no a todo o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros estará a cargo de revisar la apelación de nivel 2. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2: no es necesario que usted haga nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (En la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**. Si su médico le ayuda con una apelación superior al nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). o en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com).
 - En el caso de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, se la enviará automáticamente al nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.HPPMedicare.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene el derecho de contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a la “cobertura de atención médica” o a la “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, así como los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

En esta sección indicamos lo que usted puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por esta, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitarle que le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación acelerada”**.

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

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

- Solo puede solicitar la cobertura de la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice 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 con la siguiente información:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explicación de que puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle 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 una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 hours después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle **podemos tardar hasta 14 días más** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido”. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

En el caso de las decisión de cobertura rápida, usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido”. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado una decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “ reconsideración ” del plan.
Una “apelación rápida” también se denomina “ reconsideración acelerada ”.

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

Una “apelación estándar” suele realizarse en un plazo de 30 días. Una “apelación rápida” suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se explican en la sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar un apelación llamándonos por teléfono. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle la respuesta de la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la prórroga, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario por su afección médica.
 - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido”. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de

revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días naturales si solicitó un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si solicitó un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. En ocasiones se denomina la “**IRE**”.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el nivel 2

- En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar la decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el nivel 2

- En el caso de la “apelación estándar”, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** de recibir su apelación. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de los 7 días naturales** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días naturales adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si esta organización acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
 - Le indicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de nivel 3. En la sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviárselo a usted o al proveedor de en un plazo de 30 días naturales. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2,

debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtir tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “determinación de cobertura” .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un importe inferior en costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel superior costo compartido. **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una “excepción al formulario” .
Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se denomina solicitar una “excepción de nivel” .

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en el nivel Medicamento no preferido. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los

cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos en un costo compartido más bajo. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

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

Las “**Decisiones de cobertura estándar**” se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las “**Decisiones rápidas de cobertura**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir estos dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de una persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Información de cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS o en nuestro formulario del plan, el cual cuales está disponible en nuestro sitio web. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que la apoya.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestro rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo del médico.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **“redeterminación” del plan**.

Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

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

Una “apelación estándar” suele realizarse en un plazo de 7 días. Un “apelación rápida” se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se explican en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si se requiere una respuesta rápida por su salud, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito o llámanos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente la apelación por escrito o llámenos al 1-866-901-8000.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.

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

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación “estándar” por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 días naturales** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días naturales desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 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 denomina la “ IRE ”.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con el plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Usted (o el representante, el médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión del caso.

- Si rechazamos su apelación del nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán el responsable encargado de presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que deberá respetar y el modo de comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable en cuanto a la determinación de “riesgo” según el programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información acerca de la apelación ante esta organización. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación

Plazos para la “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** luego de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o todo lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para las “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización revisora rechaza la apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** la apelación, significa que coincide con la decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.

- Le notifica el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 será definitiva.
- Le indicamos el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso 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 del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

A los dos días de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros o al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
(TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber acerca de estos servicios, el responsable que los pagará y el lugar donde puede obtenerlos.
 - El derecho a participar en cualquier decisión sobre la hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

- 3. Guarde la copia** de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.
 - Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para los miembros. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Compruebe si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
 - **Si cumple este plazo,** podrá permanecer en el hospital *luego de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo,** y decide quedarse en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.
- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún así desea apelar, deberá hacerlo directamente ante nuestro plan. Para más detalles sobre este otro modo de presentar la apelación, consulte en la sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **notificación detallada de alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las

que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** comunicándose con Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba

después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha dicho *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

En una apelación de nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre la apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionándole cobertura de atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- En la notificación que reciba se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Término legal

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Puede presentar una apelación ante nosotros en lugar de

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, existe otro modo de presentar su apelación.

Si utiliza este otro modo de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo realizar una apelación *alternativa* de nivel 1

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida.”

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si

la decisión sobre el momento en que debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas luego de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si aprobamos su apelación**, significa que coincidimos con usted en que debe continuar en el hospital luego de la fecha de alta. Continuaremos proporcionándole los servicios de hospitalización que se encuentren cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Nivel 2 *Alternativo* Proceso de apelación

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se denomina la “ IRE ”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no se relaciona con el plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Enviaremos el caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con la apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle o devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que coinciden en que su fecha de alta hospitalaria prevista era médicamente apropiada.
 - La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el modo de iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un árbitro.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del nivel 2, (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan la apelación de nivel 2, puede decidir aceptar la decisión o pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La sección 9 de este capítulo explica más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)*

Al recibir **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que la cobertura de su atención se cancela demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una "apelación acelerada" . Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una "apelación acelerada" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedimos que cubramos su atención médica durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para los miembros. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación escrita que ha recibido (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se indica el modo en que puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la notificación de no cobertura de Medicare.

Su plazo para contactar con esta organización.

- En caso de que se venciera el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún deseara presentar la apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
“ Explicación detallada de la no cobertura ” Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también examinará la información médica, consultará con el médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.

- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la **explicación detallada de no cobertura**, en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura – puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Presentación de una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida.”

- **Solicite una “revisión rápida.”** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para cancelar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida.”

- **Si aceptamos la apelación**, significa que hemos aceptado que usted sigue necesitando los servicios, y le seguiremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe abonar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación**, la cobertura finalizará en la fecha que establecimos y no abonaremos ninguna parte de los costos luego de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención a domicilio, en un centro de reposo especializado o en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que establecimos que finalizaría la cobertura, deberá **abonar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar la “apelación rápida”. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente el caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para la apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar la primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con la apelación.
- **Si esta organización *acepta* la apelación,** entonces debemos reintegrarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría la cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención médica mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar la cantidad que le reembolsaremos o la cantidad de tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* la apelación,** significa que coinciden con la decisión que tomó el plan en la primera apelación y que no la cambiarán.
- En la notificación que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea avanzar a un nivel 3.

Paso 3: En caso de que la organización de revisión independiente rechace la apelación, puede elegir si desea continuar con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de nivel 2 explicará lo que debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones puede o no concluir.** A diferencia de una decisión en una apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de nivel 4
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
 - Si decidimos apelar 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 *puede o no concluir*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del tribunal de distrito federal revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar o no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección le sea adecuada si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado llega a un monto determinado de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de nivel 2 explicará lo que debe hacer y la persona con quien se debe comunicar para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación *se termine o siga.***
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si aceptan la apelación, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a no más de 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso *de apelación puede o no concluir.***
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del tribunal de distrito federal revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?• ¿No se encuentra satisfecho con el Servicios para los miembros?• ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Servicios para los miembros u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">◦ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le hemos enviado una notificación obligatoria?• ¿La información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo de
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de las acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nos ha solicitado una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y la hemos rechazado; puede presentar una queja.• Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja.• Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos los plazos establecidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none">• Una “queja” también se denomina “reclamación.”• “Presentar una queja” también se denomina “presentar una reclamación.”• “Utilizar el proceso de quejas” también se denomina “utilizar el proceso de presentación de reclamaciones.”• Una “queja rápida” también se denomina “reclamación acelerada”

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Así es como funciona nuestro procedimiento formal para responder a los reclamos:

Proceso estándar para reclamos

Para utilizar nuestro proceso para reclamos, debe llamarnos o enviar su queja por escrito a través de correo o fax. Consulte nuestra información de contacto debajo para determinar cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de sus beneficios o atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

O envíe por correo una solicitud por escrito a:
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su reclamo por fax al 215-991-4105.

Debemos recibir su reclamo en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente que dio lugar a la presentación de su queja. Una vez que recibamos su queja, un especialista en apelaciones comenzará una investigación. Debemos tratar su queja tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero antes de los 30 días calendario después de haber recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es para su beneficio. Una vez tomada una decisión, lo notificaremos en forma verbal o por escrito.

Proceso acelerado (rápido) para reclamos

También tiene derecho a solicitar un reclamo rápido. Un reclamo rápido es un tipo de queja que debe resolverse en un plazo de 24 horas a partir del momento en que usted se pone en contacto con nosotros. Tiene derecho a solicitar un reclamo rápido si no está de acuerdo con:

- Nuestra decisión de recurrir a una extensión de hasta 14 días en una determinación de organización/cobertura o reconsideración/redeterminación; o
- Nuestro rechazo de su solicitud de acelerar una determinación de organización o reconsideración de servicios de salud; o
- Nuestro rechazo de su solicitud de acelerar una determinación de cobertura o redeterminación para un medicamento con receta (planes con beneficio de la Parte D solamente).

El proceso acelerado para reclamos es el siguiente:

Usted o un representante autorizado pueden llamarnos o enviar su reclamo por escrito a través del correo o fax indicando que desea un reclamo rápido (acelerado). Una vez que recibamos su queja, un especialista en apelaciones comenzará de inmediato una investigación. Investigaremos su queja y decidiremos en un plazo de 24 horas si nuestra decisión de rechazar una decisión rápida pone en riesgo su vida o su salud. Si determinamos que deberíamos haber acelerado su solicitud, lo haremos de inmediato y le

notificaremos nuestra decisión. Consulte nuestra información de contacto debajo para determinar cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja acerca de sus beneficios o atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

O envíe por correo una solicitud por escrito a:
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Health Partners Medicare
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su reclamo por fax al 215-991-4105.

- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, le brindaremos automáticamente una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 posee información de contacto.

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el “período anual de inscripción abierta”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- **El período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta;
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía de nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Tu puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

If you receive “Extra Help” from Medicare to pay for your prescription drugs: If you switch to Original Medicare and do not enroll in a separate Medicare prescription drug plan, Medicare may enroll you in a drug plan, unless you have opted out of automatic enrollment.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para los miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.Su inscripción en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. <p>Su inscripción en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.</p>
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Su inscripción en Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comienza la cobertura, usted debe seguir recibiendo atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo obtener sus medicamentos con receta.**

- Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos con receta – un administrador externo del programa de medicamentos con receta para Health Partners Medicare Complete.

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional – un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Coseguro – un monto que se le pedirá que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte de los costos por los servicios o los medicamentos con receta.

Costo compartido diario – es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo de suministro – un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartido – el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija al recibir servicios específicos o medicamentos específicos.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que usted pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de este, o la pérdida de una función corporal o su deterioro grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen los \$4,660.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio – un beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial – el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad – una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) – una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Los **servicios de urgencia**– son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Medicaid (o asistencia médica) – un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas

categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare – el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”) – una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de su bolsillo – Es el pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare de “pago por servicio”) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y

usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – consulte: “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – la manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya hospitalaria para pacientes internados para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales de cuidados Crónicos – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas específicas graves o incapacitantes, según se define en la sección 422.2 del título 42 del CFR. Para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP, un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y de la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage.

Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) – Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o 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 (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare – un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los

miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de interrupción en la cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria de su (Primary Care Physician/Provider, PCP) – el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. “Proveedores de la red” tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Punto de servicio (POS) – Una opción del plan que le permite obtener determinada atención y servicios médicos de un proveedor fuera de la red, en general a un costo más alto. Para estos servicios, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Medicare. Consulte el Capítulo 3, Secciones 2.3 y 2.4 para obtener más detalles sobre la atención médica que recibe de proveedores fuera de la red.

Queja – el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo.” El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Red – “Red” es el término que utilizamos para describir el grupo general de proveedores disponibles para prestar servicios de atención de la salud a nuestros miembros mediante un acuerdo contractual con nuestro plan.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios

adicionales, como los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para los miembros – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte: “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado – herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS)

Método	Servicios para los miembros – Información de contacto
LLAME A	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo , estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre , estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Servicios para los miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo , estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre , estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
ESCRIBA	Attn: Member Relations Health Partners Medicare 901 Market Street, Suite 500 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.HPPMedicare.com

Educación sobre Medicare en Pennsylvania y conocimiento de las decisiones (SHIP)

SHIP Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

Declaración de Divulgación de PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control válido de OMB. El número de control de 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.