

2021 Hamaspik Medicare Select Evidencia de cobertura



H0034_EOCSELECTT0920_C

HAMASPIK, INC.

1.º de enero – 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP)

Este folleto le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Hamaspik Medicare Select, es ofrecido por Hamaspik, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura (Evidence of coverage, EOC)* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Hamaspik Medicare Select. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Hamaspik Medicare Select.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este EOC está disponible en español. Por favor, llame a Servicios para miembros.

Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-833-426-2774 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde abril de 2021 hasta septiembre de 2021, nuestro Departamento de Servicio para miembros estará disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Esta información también está disponible en formatos alternativos, como letra grande y Braille. Llame a Servicios para miembros a los números anteriores para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.

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

Hamaspik Medicare Select es una HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato.

[H0034_EOCSELECT0920_C](#)

OMB Approval 0938-1051 (Expira: 31 de diciembre de 2021)

Evidencia de cobertura 2021

Tabla de contenido

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para recibir más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Lo informa sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 23

Lo informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Hamaspik Medicare Select) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos 44

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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar) 61

Proporciona detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 106

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Le indica cómo usar la *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 129

Tabla de contenido

Informa sobre las 2 etapas de la cobertura de medicamentos, (***Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial y Etapa de brecha de cobertura Etapa de cobertura catastrófica***) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica el costo de nivel compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos... 149

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 156

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le dice qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)..... 167

Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para recibir la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan..... 226

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales.....237

Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes240

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 1 Introducción	6
Sección 1.1 Está inscrito en Hamaspik Medicare Select, que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)	6
Sección 1.2 ¿De qué se trata la <i>Evidencia de cobertura</i> de este folleto?	7
Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	8
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	9
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?	10
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?	10
Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan para Hamaspik Medicare Select.....	10
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal	12
SECCIÓN 3 ¿Qué otro material obtendrá de nosotros?	12
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir toda la atención cubierta y los medicamentos recetados	12
Sección 3.2 <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan... ..	13
Sección 3.3 La lista de <i>medicamentos</i> cubiertos por el plan (<i>Formulario</i>).....	14
Sección 3.4 <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. 15	15
SECCIÓN 4 Su prima mensual para Hamaspik Medicare Select	15
Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?	15
Sección 4.2 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagar la prima de su plan	17
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	18

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....19

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted..... 19

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 20

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Hamaspik Medicare Select, que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid del estado de Nueva York:

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

Término legal: Prima

Una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para su cobertura médica o de medicamentos recetados. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Hamaspik Medicare Select.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Hamaspik Medicare Select es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Hamaspik Medicare Select está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid del estado de Nueva York.

Término legal: Plan de necesidades especiales

Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid del estado de Nueva York con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare.

Medicaid del estado de Nueva York también le brinda otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Hamaspik Medicare Select lo ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de modo que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Término legal: Deducible

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

Hamaspik Medicare Select es administrado por una organización independiente. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

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

Este folleto *de Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir su atención médica y medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

La palabra “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Hamaspik Medicare Select.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para leer este folleto *de Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el personal de Servicios para miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Hamaspik Medicare Select cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Hamaspik Medicare Select entre el 1.º de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Hamaspik Medicare Select después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Hamaspik Medicare Select cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Tenga las Partes A y B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre las Partes A y B de Medicare)
-- y --
- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio)
-- y --
- Usted sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos
-- y --
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 6 meses, entonces todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 lo informa sobre la cobertura y el costo compartido durante el período de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos [DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid del estado de Nueva York que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadores calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan para Hamaspik Medicare Select

Aunque Medicare es un programa federal, Hamaspik Medicare Select está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en el estado de Nueva York:

- Albany
- Bronx
- Columbia
- Dutchess
- Greene
- Kings (Brooklyn)
- Montgomery
- Nassau
- Nueva York (Manhattan)
- Orange
- Putnam
- Queens
- Rensselaer
- Richmond (Staten Island)
- Rockland
- Schenectady
- Sullivan
- Ulster
- Westchester

Término legal: Área de servicio

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Hamaspik Medicare Select si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Hamaspik Medicare Select debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

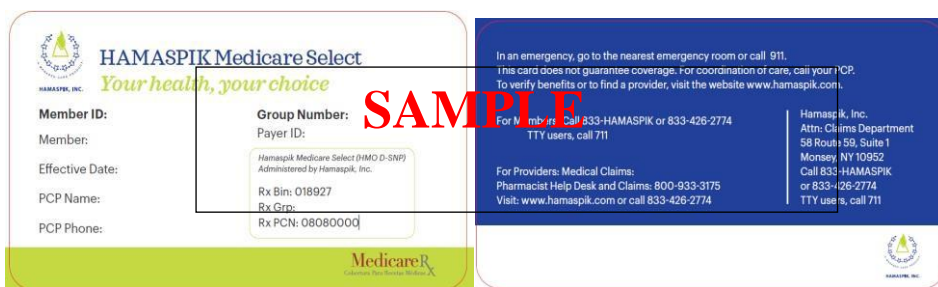
Término legal: Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid son la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a los CMS.

SECCIÓN 3 ¿Qué otro material obtendrá de nosotros?

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

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí encontrará un ejemplo de tarjeta de miembro para mostrarle cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, NO debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Hamaspik Medicare Select, es probable que deba pagar el costo total de los servicios médicos por sí mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación rutinarios.

He aquí por qué esto es tan importante: si obtiene servicios cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía Hamaspik Medicare Select mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias: su guía para todos los proveedores de la red del plan*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta sobre los proveedores que aceptan Medicaid del estado de Nueva York.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Incluimos una copia de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en el sobre con este folleto. La lista más reciente de proveedores y abastecedores también está disponible en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

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

Término legal: Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, son propiedad u operados por nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle los servicios cubiertos.

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para recibir su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Hamaspik Medicare Select autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (Uso de la cobertura del plan para sus *servicios* médicos) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, es importante conocer a los proveedores que aceptan Medicaid. Para los servicios cubiertos por Medicaid del estado de Nueva York, deberá consultar a un proveedor que acepte Medicaid. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta sobre un proveedor, incluidas sus calificaciones.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* o descargar una copia del Directorio en nuestro sitio web (www.hamaspik.Com). Tanto Servicios para miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.hamaspik.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio regional de proveedores y farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia de Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

Sección 3.3 La lista de *medicamentos* cubiertos por el plan (*Formulario*)

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Se denomina de forma abreviada: Lista de medicamentos. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Hamaspik Medicare Select. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos tienen cobertura de Medicaid.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos seleccionados de Hamaspik Medicare. La lista de medicamentos también le informa si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.hamaspik.com) o llamar a Servicios para miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la “Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor repartición de costo que podrían estar disponibles. Debe consultar con su recetador acerca de estas alternativas de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Comuníquese con Servicios para miembros si necesita una copia de su Explicación de beneficios de la Parte D. Nuestro número de teléfono está impreso en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Hamaspik Medicare Select

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para Hamaspik Medicare Select. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid del estado de Nueva York u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Término legal: Cobertura acreditable de medicamentos recetados

Cobertura acreditable de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad mencionada anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más cuando no tenían una cobertura “acreditable” de medicamentos. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde su “Ayuda adicional”, estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Algunos miembros deben pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también denominado IRMAA, debido a qué, hace 2 años atrás, se modificó el ingreso bruto ajustado, por sobre un determinado monto, en sus devoluciones de impuestos al IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar un monto de prima estándar y este cargo adicional que se agregará a su prima

Término legal: Ayuda adicional

Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados que paga los costos de programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como como primas, deducibles y coaseguro.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 antes, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid del estado de Nueva York y tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Hamaspik Medicare Select, Medicaid del estado de Nueva York paga por su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y por su prima de la Parte B. Si Medicaid del estado de Nueva York no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. Si tuvo un evento que cambió su vida y provocó la disminución de sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en la web o llamar al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* brinda información sobre estas primas en la sección llamada

“Costos de Medicare 2020”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Los nuevos en Medicare lo reciben dentro de un mes después de la primera suscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar la prima de su plan
--------------------	---

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay 3 formas de pagar la multa por inscripción tardía.

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si elige pagar con cheque, Hamaspik Medicare Select le enviará un estado de cuenta mensual para demostrar que su multa por inscripción tardía se debe. Su pago vence mensualmente y debe recibirse antes del quinto (5to) día del mes. Los cheques deben hacerse a nombre de Hamaspik Medicare Select. Si su cheque no puede procesarse debido a fondos insuficientes en su cuenta, su banco puede cobrarle una tarifa. Puede enviar su pago de inscripción tardía por correo a la siguiente dirección:

Hamaspik Medicare Select
Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952

Opción 2: Retiro automático de su cuenta

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

Opción 3: Puede recibir la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que saquen la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa mensual por inscripción tardía de esta manera. Estaremos encantados de ayudarlo a configurar esto. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Si debe pagar una multa por inscripción tardía, el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte

D debe pagarse en nuestra oficina el quinto (5.º) día de cada mes. Si no hemos recibido su pago de inscripción tardía antes del quinto día de cada mes, podemos enviarle un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos su pago de multa por inscripción tardía dentro de 30 días.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía a tiempo, comuníquese con Servicios para miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con su multa por inscripción tardía. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía, tendrá cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, continuará teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba las primas o la multa que no ha pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de la multa que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. El Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le dice cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que estaba fuera de su control y causó que no pudiera pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-833- 426-2774, 7 días una semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No podemos comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año, y no podemos cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse usted tuvo un período continuo de 63 días o más cuando no tenía una edad de cobertura de medicamentos recetados “acreditable”). Esto podría suceder si reúne los requisitos para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para recibir “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si alguna vez pierde la “Ayuda adicional”, estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa acerca de usted
--------------------	--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido por usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la compensación de trabajadores o Medicaid del estado de Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital fuera del área o fuera de la red, o sala de emergencias.
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura primaria deja sin cubrir los costos. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil automático)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Término legal: Servicio cubierto por Medicare

Estos son servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare..

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Select (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros en el plan) **24**

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **32**

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **34**

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare) **34**

SECCIÓN 5 Seguro Social..... **35**

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) **36**

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados..... **38**

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario..... **41**

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?
..... **42**

SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Select
(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con
Servicios para miembros en el plan)

Cómo comunicarse con los Servicios para miembros de nuestro plan

Para asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de Hamaspik Medicare Select. Estaremos encantados de ayudarlo.

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Nuestro Departamento de Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select Ruta 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>También puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com.</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833 426-2774 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>El número de teléfono anterior está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, este número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select</p> <p>58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 También puede enviarnos un correo electrónico a quality@hamaspik.com</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Apelaciones para atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, este número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Hamaspik Medicare Select aceptará solicitudes de apelación expedita y estándar vía telefónica. El plan también aceptará solicitudes de pago por escrito.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select A la atención de: Quejas y apelaciones 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Correo electrónico: quality@hamaspik.com</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica – información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, este número de teléfono estará disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select A la atención de: Quejas y apelaciones 58 Ruta 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Correo electrónico: quality@hamaspik.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Hamaspik Medicare Select directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información del contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021.</p> <p>Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, el número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik, Inc. Medicare Advantage PO Box 1167 Maryland Heights, MO 63043</p> <p>Correo electrónico: quality@hamaspik.com</p>
POR FAX	866-272-4092
POR INTERNET	www.hamaspik.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2019 al 31 de marzo de 2020. Desde el 1.º de abril de 2020 hasta el 30 de septiembre de 2020, el número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Hamaspik Medicare Select aceptará solicitudes de apelación expedita y estándar vía telefónica. El plan también aceptará solicitudes de pago por escrito.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Los miembros pueden solicitar una apelación expedita o estándar por teléfono.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik, Inc. Medicare Advantage PO Box 1167 Maryland Heights, MO 63043</p>
POR FAX	<p>866-272-4092</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o pagos. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Hamaspik Medicare Select aceptará solicitudes de apelación expedita y estándar vía telefónica.</p> <p>Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, el número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select A la atención de: Quejas y apelaciones 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 Correo electrónico: quality@hamaspik.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Hamaspik Medicare Select directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago de reclamo médico – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774</p> <p>Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, el número de teléfono estará disponible el lunes hasta el viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Hamaspik Medicare Select aceptará solicitudes de pago por escrito</p>
TTY	<p>711 (retransmisión de Nueva York)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p>
POR CORREO	<p>Envíe las solicitudes de pago de la Parte C Hamaspik a:</p> <p>Medicare Select A la atención de: Departamento de Reclamos 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 Fax: 845-503-0911 Correo electrónico: quality@hamaspik.com</p> <p>Envíe las solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D a: Hamaspik, Inc. Medicare Advantage PO Box 1167 Maryland Heights, MO 63043 Fax:</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

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

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

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

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

TTY

1-877-486-2048

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.

POR INTERNET

<https://www.medicare.gov>

Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su ordenador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

- **Medicare herramienta de elegibilidad:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

SITIO WEB (continuación) También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Hamaspik Medicare Select:

- **Informe a Medicare sobre su queja:** puede enviar una queja sobre [Hamaspik Medicare Select](#) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.
- Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se llama Programa de seguro, información, asesoramiento y asistencia médica (HIICAP).

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

Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Método	Programa de seguro de salud, información, asesoramiento y asistencia (HIICAP) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-701-0501
TTY	711 (retransmisión de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York 2 Empire State Plaza Albany, Nueva York 12223-1251
POR INTERNET	http://www.aging.ny.gov/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

Hay una organización para el mejoramiento de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el estado de Nueva York, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta: organización para el mejoramiento de la calidad del Estado de Nueva York – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-866-815-5440 De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
POR CORREO	Livanta, LLC. BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
POR INTERNET	https://livantaqio.com/en/beneficiary/quality_of_care

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
POR INTERNET	https://www.ssa.gov

SECCION 6 Medicaid
(un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Se requiere que cada estado desarrolle su propio plan estatal de Medicaid, que está aprobado por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted califica para Medicare y Medicaid, lo que significa que es doblemente elegible para los servicios. Mientras continúe cumpliendo con los requisitos para la elegibilidad de Medicare y los requisitos del Estado de Nueva York para Medicaid, continuará calificando como doblemente elegible. Medicaid cubre los beneficios que no ofrece Medicare, como los beneficios dentales, servicios de optometría y audífonos.

Un objetivo importante de Hamaspik Medicare Select es proporcionar una mejor coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Nuestro personal puede ayudarlo a comprender los servicios de atención médica que le brinda Hamaspik Medicare Select, así como los servicios que brinda Medicaid. Podemos ayudarlo a garantizar que reciba toda la atención que necesita.

Término legal: Miembro

Un miembro es una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Llame al 1-800-541-2831 para obtener información. Los horarios del Departamento de Salud del Estado de Nueva York son 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Programa Medicaid del Estado de Nueva York) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-541-2831 El horario es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 (retransmisión de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	Departamento de Salud del Estado de Nueva York Oficina del Comisionado Corning Tower Empire State Plaza, Albany, NY 12237
POR INTERNET	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid

La Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y resolver problemas entre hogares de ancianos y residentes o sus familias.

Método	Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York (Programa de la Defensoría del Pueblo) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-342-9871
TTY	711 (retransmisión de Nueva York) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York Edificio de la Agencia # 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
POR INTERNET	http://www.aging.ny.gov/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que Hamaspik Medicare Select inscribe personas que son elegibles para Medicaid, la mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario que haga algo para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si cree que calificó para la “Ayuda adicional” y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le devolveremos un cheque por el monto de su sobrepago o lo compensaremos en los copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y está cargando su copago como una deuda que usted debe, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado se paga en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Aquellos que califican obtienen ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda adicional”. Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si cree que calificó para la “Ayuda adicional” y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Si no puede ubicar la documentación requerida para obtener la mejor evidencia disponible o no está seguro de la evidencia que necesita proporcionar, llame a Servicios para

miembros. Hamaspik Medicare Select revisará cualquier evidencia como su tarjeta de Medicaid, carta de aprobación de Subsidio por bajos ingresos u otros documentos específicos del estado para determinar la posible evidencia de Subsidio por bajos ingresos al momento de la compra de medicamentos recetados.

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le devolveremos un cheque por el monto de su sobrepago o lo compensaremos en los copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y está cargando su copago como una deuda que usted debe, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado se paga en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda adicional”), aún obtendrá el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70 % de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/sida a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados. La misión del programa ADAP del Estado de Nueva York es proporcionar acceso a servicios médicos y medicamentos para VIH para todos los residentes del Estado de Nueva York con VIH o aquellos individuos que están en riesgo de adquirir la infección de VIH.

Nota: para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de sin seguro/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos en el Formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o en el número de póliza. Para contactar al programa ADAP del Estado de Nueva York, llame al 1-800-542-2437, o puede enviar un correo electrónico a adap@health.state.ny.us. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame 1-800-542- 2437.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede recibir los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda adicional”, el Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare no se aplicará a usted. Si recibe “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

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

Si cree que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le debe un descuento, puede apelar. Puede recibir ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC).

Método	Cobertura de seguro de farmacia para ancianos (EPIC) (Programa de asistencia farmacéutica del Estado de Nueva York) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-332-3742
TTY	711 (Servicio de retransmisión de Nueva York) Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: epic@health.state.ny.us
POR INTERNET	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. e miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
POR INTERNET	https://secure.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 el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios o primas de salud de su empleador (o de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

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

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan46

Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?	46
Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	46

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios..... 48

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención.....	48
Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?	50
Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	50
Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	51

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre..... 52

Sección 3.1 Reciba atención si tiene una emergencia médica	52
Sección 3.2 Reciba atención cuando necesite servicios urgentes	53
Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre	54

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?..... 55

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	55
Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? ...	55

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?..... 55

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	55
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	56

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”57

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. 57

Sección 6.2 ¿Qué cuidados en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud están cubiertos por nuestro plan?.....58

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.....59

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de hacer un número determinado de pagos bajo nuestro plan?.....59

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento59

Sección 8.1 ¿A qué derechos de oxígeno tiene derecho?.....59

Sección 8.2 ¿Cuál es su repartición de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?.....59

Sección 8.3 ¿Qué ocurre si deja su plan y vuelve a Original Medicare?.....59

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

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

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

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando ve a un proveedor de la red, solo le corresponde su parte del costo de los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, Hamaspik Medicare Select debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener una lista de los beneficios cubiertos.

Hamaspik Medicare Select generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en el cuadro de beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle una “derivación”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su PCP para servicios de emergencia o urgentemente necesarios. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

Término legal: Atención de emergencia

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

Término legal: Servicios que se necesitan con urgencia

Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *He aquí tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores

de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Se puede requerir autorización previa para ciertos servicios. Llame a Servicios para miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto o para solicitar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado
--------------------	--

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

- **¿Qué es un PCP?**

Cuando se convierte en miembro de Hamaspik Medicare Select, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

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

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

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?**

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención, supervisará todas sus necesidades de atención médica y administrará las derivaciones a especialistas de la red y otros profesionales de la salud.

- **¿Cuál es el papel de un PCP en Hamaspik Medicare Select?**

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a disponer y coordinar muchos de los servicios cubiertos que usted obtiene como miembro en Hamaspik Medicare Select. Esto puede incluir:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias

- Atención de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias

• **¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Su PCP lo ayudará a coordinar cualquier atención médica y servicios adicionales que pueda necesitar, como consultas de especialistas, pruebas de laboratorio y diagnósticos. Para algunos servicios, podrían necesitar escribir una receta u orden médica. La coordinación de servicios también significa que su PCP hará un seguimiento con otros proveedores del plan sobre su atención para garantizar que se atiendan sus necesidades de atención médica.

• **¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones u obtención de autorización previa, si corresponde?**

Varios servicios o suministros pueden requerir autorización previa (aprobación previa) de Hamaspik Medicare Select. Estas se señalan en el Capítulo 4 de este folleto. Su médico puede ayudarlo a solicitar una autorización previa y podría necesitar proporcionar documentación para ayudar a nuestro personal en la toma de decisiones respecto a la atención que necesita.

¿Cómo elegir a su PCP?

Al inscribirse en Hamaspik Medicare Select, debe elegir un PCP. Para ver una lista de PCP disponibles, revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com. Puede incluir esta información en su solicitud de inscripción. O si no sabe cuándo se inscribirá en Hamaspik Medicare Select, nos lo puede indicar después de haber revisado la lista de proveedores en su área. Llame a Servicios para miembros para indicarnos quién será su PCP. El número de teléfono de Servicios para miembros está impreso en la contraportada de este folleto. La información sobre su elección de PCP se incluye en su tarjeta de identificación.

Cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP. Si su PCP abandona nuestra red, deberá elegir un nuevo PCP.

Si usted cambia su PCP, el nuevo PCP debe ser un proveedor dentro de la red de proveedores de Hamaspik Medicare Select. Si el PCP no está en la red de proveedores, se considera que está fuera de la red y el miembro será responsable de los cargos. Su nuevo PCP entrará en vigencia tan pronto como lo seleccione.

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

Si está en el curso del tratamiento y su proveedor abandona la red, comuníquese con Servicios para miembros para recibir atención de transición. La transición de la atención permite a los pacientes con

ciertas afecciones médicas continuar su tratamiento con proveedores no participantes, en el nivel de beneficios de la red, durante un período de tiempo específico.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin la aprobación previa de Hamaspik Medicare Select?
--------------------	--

Puede recibir los servicios enumerados a continuación sin recibir aprobación previa de Hamaspik Medicare Select.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente, por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicios para miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Atención médica proporcionada por un especialista, incluyendo, pero no limitándose a, servicios de salud mental.
- Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.
- Servicios de acupuntura.
- Pruebas rutinarias de laboratorio.
- Exámenes de la vista, gafas y lentes de contacto.

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

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

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

¿Cuál es el papel (si lo hay) del PCP al referir miembros a especialistas y otros proveedores?

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, no necesita un referido de su PCP para ver a un médico, especialista u hospital de la red. Su PCP es la mejor persona para asesorarlo cuando necesite

uno de estos servicios. Su PCP puede darle su recomendación y asesorarlo como parte de su coordinación de atención médica.

¿Cuál es el proceso para obtener autorización previa?

Hamaspik Medicare Select tomará decisiones sobre autorizaciones previas cuando sean necesarias. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, llame al número de teléfono de Servicios para miembros que se encuentra en la última página de este folleto. Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa. Estos servicios están marcados con un asterisco “*” en el cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

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

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

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

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarlo con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.
- Para asistencia, contáctenos al 1-833-425-2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

En general, debe recibir su tratamiento de proveedores de la red. Los miembros pueden recibir servicios de proveedores fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área.

- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Necesita un servicio especial que no está disponible de uno de los proveedores de nuestra red. En esta situación, debe obtener una autorización antes de recibir sus servicios. Si obtiene la rutina de un proveedor fuera de la red con la aprobación previa de Hamaspik Medicare Select, usted será responsable de los costos.

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

Sección 3.1 **Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener una aprobación o una derivación de su PCP.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia. Nosotros necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Llame a Servicios para miembros al 1-833-426- 2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Servicios para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.º de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1º de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, el número de teléfono estará disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Término legal: Atención de emergencia

Servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su

salud. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

La atención de emergencia son servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) aquellos servicios necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

También está cubierto por hasta \$50,000 en atención médica de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., Deberá pagarlos y luego solicitar el reembolso de Hamaspik Medicare Select. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarlo a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no fue una emergencia médica?

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

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.

- 0 -

- La atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios con urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención urgente (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Reciba atención cuando necesite servicios urgentes
--------------------	---

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se brindan para una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles. La condición imprevista podría, por ejemplo, ser un brote imprevisto de una afección conocida que usted

tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre debe intentar recibir los servicios que necesita con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o son inaccesibles y no es razonable esperar a recibir atención de su proveedor de red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia disponibles en nuestra red o llame a Servicios para miembros para recibir ayuda. El número de teléfono figura en la última página de este manual.

También tiene cobertura de atención de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre servicios mundiales de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Tiene cobertura de hasta \$50,000 por año en atención de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., deberá pagar ellos y luego solicitar el reembolso de Hamaspik Medicare Select.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web www.hamaspik.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 4 para obtener más información.

Término legal: Farmacia fuera de la red

Una farmacia fuera de la red es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones. (Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

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

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Hamaspik Medicare Select cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, se enumeran en el cuadro de beneficios del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque los obtuvimos fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por cualquier servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene el derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un

nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las

etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) para hacerles saber que va a participar en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

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

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

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original

Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cubrir los copagos que se aplican a estos servicios.

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 bajo Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

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

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y estudios en una investigación clínica” en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para servicios de pacientes

hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención para el cuidado de la salud no médicos brindados por instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención médica o tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionarían en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Y –
 - Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación o su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura de hospital para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Tendrá el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye elementos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión i.v., nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

Término legal: Equipo médico duradero

El equipo médico duradero es cierto equipo médico que su médico le ordena por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión i.v., dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro

de Hamaspik Medicare Select, por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a

Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para adquirir el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME bajo Original Medicare *antes de* unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para adquirir el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derechos**

Si califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Hamaspik otorgará cobertura por el tiempo que permanezca inscrito para lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Accesorios de entubación y de oxígeno asociados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

Si abandona Hamaspik Medicare Select o medicamento ya no requiere equipo de oxígeno, dicho equipo debe devolverse a su propietario.

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

Su repartición de costo para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 0% o 20%, cada mes, dependiendo de sus beneficios de Medicaid.

Su repartición de costo no cambiará después de 36 meses de inscripción en Hamaspik Medicare Select.

Si previo a la inscripción en Hamaspik Medicare Select usted realizó 36 pagos mensuales de alquiler por cobertura de equipo de oxígeno, su repartición de costos en Hamaspik Medicare Select es 0% o 20%.

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

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si ha pagado alquileres por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Hamaspik Medicare Select, y luego regresa Original Medicare, pagará el reparto de costo total por la cobertura de equipo de oxígeno.

De igual modo, si realiza pagos por 36 meses mientras está inscrito en Hamaspik Medicare Select y luego regresa a Original Medicare, pagará el reparto de costo total por la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

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

SECCIÓN 1 Comprensión de sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos..	62
Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos...	62
Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	62
Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo“	63
SECCIÓN 2 Use el <i>cuadro de beneficios</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará usted.....	64
Sección 2.1 Su seguro médico : beneficios y costos como miembro del plan.....	64
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Hamaspik Medicare Select?.....	98
Sección 3.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por Hamaspik Medicare Select... ..	98
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid?	101
Sección 4.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid.....	101

SECCIÓN 1 **Comprensión de sus servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y qué paga por estos servicios. Incluye un cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Hamaspik Medicare Select. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Término legal: Costos de bolsillo

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 “de bolsillo” del miembro.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por su cobertura de servicios.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid como miembro de Hamaspik Medicaid Select, usted no paga nada por sus servicios cubiertos en la mayoría de los casos (excepto sus medicamentos recetados), siempre y cuando siga las reglas de los planes para recibir nuestra atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para recibir su atención).

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Hamaspik Medicare Select no requiere que sus miembros paguen un deducible.
- Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El cuadro de beneficios en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- “**Coaseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro al momento de recibir el servicio médico. (El cuadro de beneficios en la Sección 2 le brinda más información sobre su coaseguro).

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

Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de desembolso directo por el monto máximo de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite para la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la

Parte A de Medicare y la Parte B (consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de bolsillo para servicios médicos.

Término legal: Desembolso máximo

Lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de desembolso directo por el monto máximo de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo).

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2021 es \$7,550. Los montos que paga por los copagos y el coaseguro por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$7,550, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo para el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos por separado adicionales, llamados “facturación de saldo”. Esta protección (que nunca paga más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo paga esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para

los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).
- Si tiene beneficios de Medicaid, en la mayoría de los casos, Medicaid pagará estos montos en su nombre.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use el cuadro de beneficios para averiguar para qué está cubierto usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

El cuadro de beneficios en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por Hamaspik Medicare Select y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben ser médicamente necesarios*. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el cuadro de beneficios con un asterisco. Además, los siguientes servicios que no figuran en el cuadro de beneficios requieren previa autorización:

- Todos los procedimientos considerados experimentales/de investigación que son requeridos por Medicare para ser servicios cubiertos.
- Todos los trasplantes y todas las evaluaciones de trasplante.
- Procedimientos reconstructivos que pueden considerarse cosméticos.
- Todas las derivaciones a proveedores no participantes.
- Ciertos servicios de radiología que incluyen una resonancia magnética RM y TEP.
- Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare.


Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:


- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare, y Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como atención dental, audiología y audífonos, la atención a largo plazo, los servicios basados en el hogar y la comunidad y otros servicios exclusivos de Medicaid.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2021*. Véalo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, puede ser responsable de pagar las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de no haber perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
- Los montos de reparto de costos para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.








Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.


Cuadro de beneficios



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal ni Ultrasonido de detección único para personas en riesgo. El plan miembros solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de este examen riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínico lo deriva a un médico.	No hay coaseguro, copago deducible para los elegibles para preventivo.
Acupuntura para dolor crónico de espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare según lo siguiente con dolor crónico de espalda. Para el propósito de este beneficio, el dolor crónico de espalda se define como: <ul style="list-style-type: none">• Que dura 12 semanas o más;• No específico, que no muestra una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con enfermedad metastásica, infecciosa, inflamatoria, etc.);• No asociado con cirugía; y• No asociado con embarazo. Un adicional de ocho sesiones tendrá cobertura para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No pueden administrarse más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe discontinuarse si el paciente no mejora o se deteriora. Además de las 12 visitas de acupuntura por dolor crónico de espalda, también tiene cobertura para un adicional de 12 visitas de acupuntura cada año para otras necesidades de salud.	No hay coaseguro, copago, deducible por servicios de acupuntura. No se requiere autorización.


Servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios	Lo que debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si autorizado por el plan.• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>No se renunciará al coseguro si ingresa en un hospital.</p> <p>* Excepto en caso de emergencia, se requiere autorización.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de sus factores de riesgo y de salud actuales. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Medición de masa ósea Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de los huesos o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de un médico de los resultados.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Una mamografía inicial entre las edades de 35 a 39 <ul style="list-style-type: none"> . Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más . Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por mamografías de inspección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0 % o 20 % del costo por Medicare cubierto:</p> <p>*Se requiere autorización</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo sano.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: · Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. · Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o si tiene edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: · Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>*Se aplican reglas de autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayaco (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o detección de enema de bario como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección. <div data-bbox="151 1331 1019 1396" style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por la cobertura de Medicare de un Enema de Bario.</p> <p>No se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Contacte a Hamaspik Medicare Select para obtener más información.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por la cobertura de Medicare de los Servicios dentales.</p> <p>*Se requiere autorización.</p>
<p> Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para personas con diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y monitores. • Para personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personal- izados (incluidos los insertos provistos con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados provistos con tales zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubiertabajo ciertas condiciones. 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% para la capacitación en autocontrol de la diabetes.</p> <p>* Se requiere autorización para calzado ortopédico. Otros servicios y suministros no requieren de una autorización</p>
<p>Equipo medico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de “equipo medico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión i.v., dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios y los suministros cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted,</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% para equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)**Atención de emergencia**

La atención de emergencia se refiere a servicios que son:

- Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y
- Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

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

El reparto de costos para servicios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo que para tales servicios proporcionados dentro de la red.

Usted tiene cobertura de hasta 50,000 para cobertura de atención de emergencia o urgencia alrededor del mundo cuando viaje fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro por este beneficio.


Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% para servicios de emergencia y post-estabilización.

Sus costos no superarán los \$90 por visita para atención de emergencia cubierta por Medicare.

Se renuncia al coaseguro si es admitido en un hospital dentro de 48 horas de la visita a la sala de emergencia.

No se requiere autorización.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta O debe tener su atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="126 394 834 449"> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p data-bbox="126 449 396 483">Está cubierto para:</p> <ul data-bbox="126 583 902 1079" style="list-style-type: none"><li data-bbox="126 583 902 651">• Material de educación para la salud, que se enfocan en una variedad de condiciones de salud.<li data-bbox="126 693 902 835">• Una línea directa de enfermería que está disponible durante la noche, los fines de semana y días festivos, cuando las oficinas de gestión de cuidado están cerradas.<li data-bbox="126 898 902 1079">• Beneficio de aptitud y condición física que se entrega a través de gimnasios y centros de acondicionamiento contratados. La capacitación física y el entrenamiento está disponible a través de DVD, sitio web y clases en línea.	<p data-bbox="984 407 1438 474">No hay copago por los servicios descritos en esta sección.</p> <p data-bbox="984 508 1370 541">No se requiere autorización.</p>

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

Servicios auditivos


Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.

También está cubierto para exámenes de audición cubiertos por Medicare.

Los exámenes de audición y los audífonos pueden tener cobertura por sus beneficios de Medicaid. Contacte a servicios de miembros para obtener más información.

Según sus ingresos y el nivel de elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por los exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.

No se requiere autorización.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de la agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de asistencia de enfermería especializada y asistencia a domicilio deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>No hay copago, coaseguro o deducible para la atención de agencia de salud en el hogar.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Terapia de infusión en el hogar

La terapia de infusión en el hogar es la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o agentes biológicos a un individuo en casa.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Servicios profesionales incluidos servicios de enfermería, provistos según el plan de atención
- Equipo y suministros
- Medicamentos de infusión cubiertos
- Capacitación e instrucción de pacientes no cubiertos bajo el beneficio de equipo médico duradero
- Supervisión remota y en casa

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid usted pagar 0% o 20% de coaseguro para terapia de infusión en el hogar.

* Se requiere autorización.

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios

Atención de hospicio

Puede recibir atención de cualquier 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 pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:

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

Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.


Para servicios que tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare y no se relacionan con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios no asociados a emergencia o urgencia que estén cubiertos bajo la Parte A o B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal, su costo por tales servicios depende de si usted usa un proveedor en nuestra red del plan:

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de reparto de costos para los servicios dentro de la red
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el reparto de costos según la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).

Quando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B asociados a su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Hamaspik Medicare Select.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de hospicio (continuación)	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Hamaspik Medicare Select pero no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> Hamaspik Medicare Select continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio 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 el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>)</p>	
<p>Nota: si necesita atención que no sea en un centro de cuidados paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de internación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de accesorios, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid en 2020, paga las siguientes cantidades para cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,408 deducible para cada período de beneficio. • Días 1–60: \$0 de coaseguro por cada período de beneficio. • Días 61–90: \$352 coaseguro por día de cada período de beneficio. • Días 91 y más allá: \$0 o \$704 de coaseguro por cada uno “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días durante tu vida). • Más allá de la reserva de por vida días: \$0 o todos los costos.
<p>Término legal: Período de beneficios Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada) en un SNF) durante 60 días seguidos. Si va a un hospital o un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Puede ser elegible para cobertura adicional de sus beneficios de Medicaid, incluida la cobertura si requiere cuidados de atención hospitalaria si ha utilizado todos los días de reserva de por vida.</p>	<p>Estas cantidades pueden cambiar en 2021. Actualizaremos esta información cuando esté disponible</p> <p>*Se requiere autorización excepto cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios con urgencia.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante • Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por ir localmente siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa original de Medicare. Si Hamaspik Medicare Select proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un compañero. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos empaquetados comienzan con la primera pinta utilizada. • Servicios médicos <p>Nota: para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o uno ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días del semana.</p>	<p>Si obtiene autorización para atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo corresponde al costo compartido más alto que podría pagar en un hospital de la red.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital</p> <p>Los beneficiarios de Medicare están cubiertos por hasta 190 días de servicios de hospitalización psiquiátrico durante su vida.</p> <p>El límite de 190 no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Usted puede estar cubierto por días de hospitalización psiquiátrica por Medicaid.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y su elegibilidad de Medicaid en 2020, usted paga los siguientes montos por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,408 de deducible por cada período de beneficio. • Días 1–60: \$0 de coaseguro por cada período de beneficio. • Días 1–60: \$0 de coaseguro por cada período de beneficio. • Días 61–90: \$0 o \$352 de coaseguro por cada período de beneficio • Días 91 y más allá: \$0 o \$704 de coaseguro por cada “día de reserve de por vida” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida). • Más allá de los días de reserve de por vida: \$0 o todos los costos. <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2021. Actualizaremos esta información cuando esté disponible.</p> <p>* Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es resultado de una emergencia.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía del paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales técnicos y servicios • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperante o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Piernas, brazos, espalda y cuellos ortopédicos; bragueras y piernas artificiales, brazos y ojos artificiales incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga las siguientes cantidades por costo compartido:</p> <p>0% o 20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare enumerados en esta sección.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su doctor.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, usted puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de salud estructurada de cambio de comportamiento que proporciona capacitación práctica en el cambio de dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe atención médica, servicios ambulatorios de hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica está relacionada con osteoporosis menopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>Hamaspik Medicare Select ofrece terapia por pasos para ciertos medicamentos y podría revisar sus medicamentos para determinar si tienen cobertura bajo sus beneficios de la Parte B o Parte D. El siguiente enlace le mostrará una lista de los medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a terapia por pasos.</p> <p>https://4d.adaptiverx.com/webSearch/index?key=cnhmbGV4LnBsYW4uUGxhblBkZlR5cGUtMTEwNQ==</p> <p>También puede visitar www.hamaspik.com y hacer clic en “Buscar un</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B.</p>

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

medicamento cubierto”.

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

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye reglas que debe seguir para tener las recetas cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan es explicado en el Capítulo 6.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coaseguro, copago o deducible para la detección y terapia preventivas contra la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para tratamiento de agonistas y antagonistas opioides aprobado por la FDA y la dispensación y administración de tales medicamentos, si corresponde• Consejería sobre el uso de sustancias• Terapia individual y grupal• Pruebas de toxicología	Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará un 0% o 20% de coaseguro por los servicios del Programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios terapéuticos y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (radio e isótopos), incluido material técnico y suministros• Suministros quirúrgicos, como apósitos• Férulas, yesos y otros dispositivos para reducir fracturas y dislocaciones• Pruebas de laboratorio• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos empaquetados comienzan solo con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o recibir la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos con la primera pinta utilizada• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 20% de coaseguro por procedimientos/pruebas y servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. * Se requiere autorización para procedimientos, pruebas que no son de laboratorio y procedimientos de pruebas genéticas. Los exámenes rutinarios de rutina no requieren autorización.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación ambulatoria hospitalaria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios prestados para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por ley estatal de licencias y estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital u ordene pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios ambulatorios de hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está Seguro de si es un paciente ambulatorio, usted debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios ambulatorios hospitalarios.</p> <p>* Se requiere autorización para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y 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 hospitalario sería requerido sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios ambulatorios de hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, usted debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare: ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días del semana.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios ambulatorios recibidos en un hospital de la red.</p> <p>*Salvo en una emergencia, se requiere autorización para servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

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

Atención ambulatorial de salud mental

Los servicios cubiertos incluyen:

Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico, enfermero practicante, asistente medico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.

Los servicios de telesalud adicionales están cubiertos para sesiones individuales y grupales para servicios de especialidad de salud mental. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor de salud mental gestiona su atención.

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare.

No se requiere autorización.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones integrales ambulatorias de rehabilitación (CORFs).</p> <p>Los servicios de rehabilitación incluyen fisioterapia, habla y terapia del lenguaje, y terapia ocupacional.</p> <p>Término legal: CORF Una CORF es una instalación que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% del costo por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización. Póngase en contacto con Hamaspik Medicare Select para más información.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)**Los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen:**

Servicios por abuso de sustancias provistos por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.

Los servicios de telesalud adicionales están cubiertos para sesiones individuales y grupales para abuso de sustancias. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por cada visita de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias grupal o individual cubierta por Medicare.

No se requiere autorización.

Servicios que están cubiertos para usted**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios**Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en las instalaciones ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios**

Nota: si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como un paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga montos de costos compartidos para cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% del costo por cada visita cubierta por Medicare al centro de cirugía ambulatoria u hospital ambulatorio.

*Se aplican reglas de autorización para cirugía ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios.

Término legal: Centro quirúrgico ambulatorio

Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)**Artículos de venta libre**

Tiene cobertura para productos de salud de venta libre (OTC).

- Hamaspik Medicare Select le enviará información sobre el beneficio OTC en su Kit de bienvenida.
- Los miembros recibirán un catálogo que enumera todos los productos cubiertos. Solo se pueden cubrir ciertos tipos de productos OTC aprobados por Medicare.
- Puede usar el beneficio OTC para comprar artículos solo para usted.
- Los productos OTC que solicite se enviarán a su hogar sin costo alguno para usted.
- Su saldo no se transferirá de un mes a otro.

No paga nada por los productos de venta libre cubiertos (OTC).

Cubrimos un máximo de \$105.00 por mes para productos OTC cubiertos.

Note: Nicotine Replacement is not covered in this OTC benefit.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio de hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p> <p>*Se aplican reglas de autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)**Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.**

Los servicios cubiertos incluyen:


- Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria del hospital o cualquier otro lugar
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
- Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico
- Ciertos servicios de telesalud adicionales, incluidos aquellos para:
 - Servicios de médico de atención primaria
 - Servicios de médico especialista
 - Servicios de especialidad de salud mental (sesiones grupales e individuales)
 - Servicios de psiquiatría (sesiones grupales e individuales)
 - Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (sesiones individuales y grupales)


Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por cada visita al médico de atención primaria o especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.


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

Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a los servicios de atención médica de forma remota mientras su proveedor administra su atención. Los servicios incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o practicante..

Nota: si elige obtener uno de estos por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Los servicios pueden incluir los siguientes:

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como dedo del pie en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% del costo de las visitas de podología cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye algo después de la extracción de cataratas o cirugía de “Cuidado de la visión” más adelante en esta detalles.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>*Se aplican reglas de autorización. de cobertura cataratas, consulte sección para más</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) crónica de moderada a muy severa y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad crónica respiratoria.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid, pagará 0% o 20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare para rehabilitación pulmonar.</p> <p>*Se aplican reglas de autorización.</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependiente del alcohol.</p> <p>Si da positivo por abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si está competente y alerta durante el asesoramiento) proporcionado por un profesional médico calificado de atención primaria o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Detección de cáncer de pulmón con dosis bajas de tomografía computarizada (LDCT)	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta de Medicare para LDCT.
Para personas que califiquen, un LDCT está cubierto cada 12 meses.	
<p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 años y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, y que reciban una orden escrita para LDCT durante una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los requisitos de Medicare para tales visitas y sean proporcionados por un médico o profesional no médico calificado.</p>	
<p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para un examen con LDCT para detección de cáncer de pulmón, que puede realizarse durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por proporcionar una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p>	

**Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS**


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

También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de orientación conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.

No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen de detección de ITS cubierto por Medicare y el beneficio de asesoramiento preventivo de ITS.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Entrenamiento de autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por los servicios de educación sobre enfermedad renal.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. Todos los productos y servicios sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF.• Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF• Uso de electrodomésticos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF• Servicios de médico/practicante <p>Por lo general, recibirá atención de un SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada)• Un SNF donde vive su cónyuge en el momento de salir del hospital. <p>Nota: Medicaid podría cubrir días adicionales de cuidado de SNF.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, paga lo siguiente por período de beneficios. En 2020, los montos fueron:</p> <p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• Días 1–20: \$0 por cada período de pago• Días 21–100: \$0 o \$176 de coaseguro por día de cada período de beneficio• Días 101 y más allá: todos los costos. <p>Estas cantidades pueden cambiar el próximo año. Actualizaremos esta información cuando esté disponible.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en el hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Dejar de fumar y dejar de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumo de tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) y una derivación para EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren 30–60 minutos, que com- terapéutico de entrenamiento con ejer- pacientes con claudicación• Ser llevado a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital u oficina de un médico• Ser entregados por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asis- tente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vitales básicas y avanzadas. <p>El SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales por un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga un coaseguro del 20% para la terapia de si ejercicio supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización. prendan un programa cicios para la EAP en</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios

Servicios urgentemente necesarios

Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos.

El costo compartido de los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.

Tiene cobertura de hasta \$ 50,000 en cobertura de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

El monto máximo que pagará es de \$65 por visita.



Atención de la vista

Los servicios cubiertos incluyen:

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

Además, Hamaspik Medicare Select cubre:


- Un examen de la vista de rutina cada dos años.
- Un par de anteojos (incluidos marcos y lentes) o lentes de contacto cada dos años. Tiene cobertura de hasta \$200 para anteojos y lentes de contacto.

Dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad para Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

Según sus ingresos y su nivel de elegibilidad para Medicaid, pagará el 0% o el 20% del costo de los anteojos cubiertos por Medicare.

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

No se requiere autorización.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referencias para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Cobertura mundial de emergencias/atención urgente</p> <p>Tiene cobertura para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$ 50,000 para atención de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Si recibe atención de emergencia o atención de urgencia cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos, comuníquese con Servicios para miembros. Le enviaremos un formulario para que lo envíe para su reembolso. Debe incluir la siguiente información en el formulario:</p> <ul style="list-style-type: none">• El nombre del miembro• La fecha en que se recibió el servicio• El nombre y el tipo de proveedor, su dirección y número de teléfono• Una descripción de los servicios de atención de emergencia o urgencia que recibió• El monto que pagó por el servicio• Una copia de la facture del proveedor	<p>.</p> <p>No hay copago, coaseguro ni deducible para este beneficio.</p>

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Hamaspik
Medicare Select?**

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Select

Los siguientes servicios no están cubiertos por Hamaspik Medicare Select, pero están disponibles a través de Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

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

Servicios cubiertos por Medicaid	Cobertura de Medicaid
Costo compartido de Medicare	Medicaid cubre el costo compartido de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, el copago y la cobertura.
Salud mental para pacientes hospitalizados con un límite de por vida de 190 días	Medicaid cubre todos los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias para el servicio de salud mental por encima del límite de 190 días de por vida de Medicare.
Centro de enfermería especializada	Medicaid cubre los días en un centro de enfermería especializada proporcionados en un centro con licencia que superen los primeros 100 días del período de beneficios de Medicare Advantage.
Servicios de atención médica domiciliaria	Los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare y/o servicios de asistencia médica domiciliaria según lo requiera un plan de atención aprobado.
Servicios de cuidado personal	Los servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid son la prestación de asistencia parcial o total con actividades como vestirse y alimentarse, preparar comidas y hacer las tareas del hogar.
Servicios de enfermería privada	La enfermería privada cubierta por Medicaid se puede proporcionar a través de una agencia de atención médica domiciliaria certificada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un profesional privado. Los servicios están cubiertos cuando un médico tratante determina que los servicios son médicamente necesarios.
Servicios dentales	Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen, entre otros, atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral y aparatos ortopédicos y protésicos dentales necesarios para aliviar una afección médica grave.
Transporte que no es de emergencia	Medicaid cubre el transporte que no es de emergencia cuando sea necesario para que el miembro pueda obtener la atención médica y el tratamiento necesarios bajo el programa de Medicaid.
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral y baterías para audífonos	Medicaid del Estado de Nueva York cubre suministros médicos y quirúrgicos, terapia enteral, baterías para audífonos y equipo médico duradero.
Nutrición	No hay copago para los servicios cubiertos por Medicaid.

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

Servicio social médico	Medicaid cubre servicios sociales médicos que incluyen evaluar la necesidad, organizar y proporcionar ayuda para servicios sociales.
Atención médica diurna para adultos	La atención médica diurna para adultos está cubierta por Medicaid.
Servicios personales de respuesta a emergencias (PERS)	Medicaid del Estado de Nueva York cubre dispositivos electrónicos que permiten a las personas obtener ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.
Servicios de audición	Medicaid del Estado de Nueva York cubre servicios de audiología, exámenes de detección y servicios y productos auditivos.
Servicios de la vista	Medicaid del Estado de Nueva York cubre los servicios de la vista.
Hospicio	El hospicio está cubierto por Medicaid. Medicaid reembolsa el cuidado de hospicio de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Para atención domiciliaria de rutina usando una tasa de reembolso diario con todo incluido; • Atención domiciliaria continua durante períodos de crisis.
Servicios de salud mental basados en la comunidad	Los siguientes servicios están cubiertos por Medicaid: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica • Tratamiento diurno continuo • Manejo de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes • Hospitalización parcial • Tratamiento comunitario asertivo (ACT) • Servicios orientados a la recuperación personal (PROS)
Servicios de rehabilitación para residentes de viviendas comunitarias con licencia de OMH (CR) y programas de tratamiento familiar	Medicaid cubre los servicios de rehabilitación para personas en su hogar o en apartamentos alquilados.
Servicios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo	La Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo brinda apoyo y servicios, que incluyen servicios de atención a largo plazo financiados por Medicaid.

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

Administración integral de casos de Medicaid	Medicaid cubre los servicios de administración integral de casos de Medicaid (CMCM) para personas elegibles.
Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad	El Programa de exención basado en el hogar y la comunidad de apoyos y servicios es un programa que permite a los adultos y niños con discapacidades del desarrollo vivir en la comunidad.
Terapia de observación directa para la enfermedad tuberculosa	Medicaid cubre la terapia observada en el directorio para la enfermedad de tuberculosis.
Atención médica diurna para adultos con sida	Medicaid cubre la atención médica diurna para adultos con sida
Programa de vida asistida	Medicaid acepta solo programas de vida asistida (ALP) con licencia oficial

Término legal: cuidado de custodia

El cuidado de custodia incluye el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden brindar personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, como ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia, pero es posible que haya servicios cubiertos por Medicaid disponibles.

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

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare. Excluido significa que el plan O Medicare O Medicaid no cubre estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid bajo cualquier condición o están cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid solo bajo condiciones específicas.







Nosotros O Medicare O Medicaid no pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación, excepto en las condiciones específicas que se enumeran. La única excepción: pagaremos si un servicio en el cuadro a continuación se encuentra en la apelación como un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.


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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipo y medicamentos</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y Original Medicare que no serán generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>✓</p> <p>Puede estar cubierto por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Habitación privada en un hospital		 Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor		
La atención de enfermería a tiempo completo en su hogar		 Puede estar cubierta por Medicaid en ciertas situaciones para personas con necesidades de atención a largo plazo
*Atención de custodia, brindada en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.		 Puede estar cubierto por Medicaid para personas con necesidades de cuidado a largo plazo.
Los servicios de ama de casa incluyen asistencia básica del hogar, incluyendo limpieza ligera o preparación de comidas.		 Puede estar cubierto por Medicaid para personas con necesidades de cuidado a largo plazo.
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar		



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

Cirugía o procedimientos estéticos		 <ul style="list-style-type: none">• Cubierto en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado.• Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para que el seno no afectado produzca una apariencia simétrica.
------------------------------------	--	--

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	✓	Cubiertas por Medicaid
Atención dental no rutinaria		✓ La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies		✓ Se brinda alguna cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
Comidas a domicilio	✓	Puede estar cubierto por Medicaid en ciertas situaciones para personas con necesidades de cuidados a largo plazo
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético. También puede tener cobertura de Medicaid.

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

Dispositivos de apoyo para los pies		 Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Audífonos o exámenes para ajuste de audífonos		

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Exámenes de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.		<p>El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Usted es elegible para un examen de la vista de rutina y anteojos cada dos años. (Consulte el cuadro de beneficios).</p>
Reversión de los procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción	108
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D. ...	108
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan... ..	109
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	109
Sección 2.1 Para tener su receta cubierta, use una farmacia de la red... ..	109
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red... ..	110
Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	111
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?. ...	111
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?.....	112
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “lista de medicamentos” del plan.....	112
Sección 3.1 La “lista de medicamentos” le dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos... ..	113
Sección 3.2 Hay 1 “nivel de costo compartido” para medicamentos en la lista de medicamentos.....	114
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?.....	114
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	115
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	115
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?... ..	115
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	116
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea que se cubra?	117
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que esté cubierto... ..	117
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	117

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	119
Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año... ..	119
Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?.....	119
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?.....	121
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	121
SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta... ..	123
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía... ..	123
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía?... ..	123
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales?	123
Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?... ..	123
Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?... ..	123
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados?.....	124
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?....	125
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos.....	125
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura.....	125
Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides... ..	126
Sección 10.3 Programa de Manejo de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos... ..	126

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

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre la cobertura de su medicamento. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Término legal: medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Hamaspik Medicare Select también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que debe pagar) lo informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadia cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que debe pagar).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones

especiales incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre medicamentos recetados cubiertos por Medicaid.

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

Término legal: lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea o “lista de medicamentos”)

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que escriba su receta.
- Su recetador debe aceptar Medicare o presentar documentación con CMS que demuestre que él o ella está calificado para escribir recetas, o su reclamo de la Parte D será denegado. Debe preguntar a sus médicos la próxima vez que llame o visite si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que su recetador necesitará tiempo para enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar 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 pedidos por correo del plan).
- Su medicamento debe estar en la lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea) del plan (para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, Sus medicamentos deben estar en la “lista de medicamentos” del plan).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para tener su receta cubierta, use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.hamaspik.com) o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita renovar un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le dé una nueva receta o que su receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para Indígenas/Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: este escenario debería ocurrir raramente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos proporcionados por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una afección médica crónica o de largo plazo. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 30 días del medicamento y no más de 90 días.

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

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

Por lo general, recibirá un pedido de farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Puede haber un caso en que la entrega de su medicamento recetado se haya retrasado. Si no recibe su receta dentro de los 14 días, comuníquese con Servicios para miembros.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Surtidos en recetas de pedidos por correo.

Para renovaciones, comuníquese con su farmacia no más de 30 días antes de que piense que los medicamentos que tiene disponibles se agotarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de contactarlo. Recuerde incluir siempre su número de teléfono en el formulario de pedido por correo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

- 1. Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar un monto de costo compartido más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costo compartido más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su Directorio de proveedores y farmacias le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- 2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan.** El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite ordenar *al menos* un

suministro de 30 días del medicamento y no más de un suministro de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones.

En general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Está viajando fuera del área de servicio, se enferma y no hay una farmacia de la red a una distancia razonable de su ubicación.
- Un miembro, mientras está fuera del área de servicio, se queda sin su medicamento y no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedidos por correo elegible de la red (esto incluye medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

En estas situaciones, **verifique primero con Servicios para miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en la farmacia de la red.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le reembolse).

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

Sección 3.1	La “lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	--

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan.

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para miembros para obtener más información sobre los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid.

En general, cubriremos un medicamento en la lista de medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que es:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se lo recetó).

--O--

- compatible con ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son la Información sobre Medicamentos del Servicio de Farmacopea Hospitalaria Americana; el sistema de información DRUGDEX; y, para el cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores).

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre (OCD)

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué no está en la lista de medicamentos?

Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están incluidos en la Farmacopea de Hamaspik Medicare Select. Llame a Servicios para miembros para obtener más información sobre los medicamentos con receta cubiertos por Medicaid. Para obtener un medicamento cubierto por Medicaid, use su tarjeta de Medicaid en su farmacia.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2	Hay 1 “nivel de costo compartido” para medicamentos en la lista de medicamentos
--------------------	--

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos del plan están en un nivel de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento. *El nivel 1 incluye medicamentos genéricos y de marca.* El monto que paga por los medicamentos genéricos y de marca en el nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tienes 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la lista de medicamentos. Si desea una copia de este folleto, llame a servicios para miembros. (El número de servicios para miembros se encuentra en el reverso de este folleto).
2. Visite el sitio web del plan (www.hamaspik.com). La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada. También puede buscar un medicamento específico por su nombre o categoría de medicamento.
3. Llame a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 **Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

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

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos

en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; comprimido versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted o ha escrito “No hay sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

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

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

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

La lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.hamaspik.com).

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para miembros para saber qué necesitarían hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que esté cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensen que debería tomar, que no está en nuestra Farmacopea o está en nuestra Farmacopea con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que deba probar un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que el medicamento que desea tomar esté cubierto para usted. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo particular. En algunos casos, es posible que desee que eliminemos la restricción para usted.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría.

- Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, a continuación se detallan las cosas que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que el medicamento esté cubierto.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer. Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no figura en la lista de medicamentos del plan.**

--O--
- el medicamento que ha estado tomando ahora está restringido de alguna manera (la Sección 4 de este capítulo lo informa sobre las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamentos. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta es por menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.

Los afiliados que experimentan un cambio en el nivel de atención pueden acceder a un reabastecimiento al ingresar o ser dados de alta en un centro LTC. Los afiliados que necesiten un surtido de transición por única vez, o que se les recete un medicamento no incluido en la Farmacopea como resultado de un cambio en el nivel de atención, deben contactar a Servicios para miembros para solicitar un surtido de transición de su medicamento.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiarse a otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones. Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

Sección 6.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año
-------------	---

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios en la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluidos los nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha encontrado que no es efectivo.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos.

Cuando se producen cambios en la lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. En algunos casos (consulte a continuación), también recibirá un aviso directo por correo de nuestra parte, si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe avisarle con al menos 30 días de anticipación del cambio o notificarle el cambio y darle una recarga de 30 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiarse al medicamento genérico o diferente que cubrimos.
 - O usted o su recetador pueden solicitar al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubrió que no es seguro o se retiró del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, lo informaremos de este cambio de inmediato.
 - Su médico también sabrá sobre este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la lista de medicamentos**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez que comience el año que afecten los

medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios basados en advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para los cambios en la lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año que viene si permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción sobre su uso del medicamento
- Si eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la lista de medicamentos del año nuevo para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: si el medicamento pedido se encuentra en la apelación como un medicamento que no está excluido de la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este folleto). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Generalmente, la cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son la Información sobre Medicamentos del Servicio de Farmacopea Hospitalaria Americana; el sistema de información DRUGDEX; y para el cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no es compatible con ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre los medicamentos recetados cubiertos por su beneficio de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Nota: Hamaspik Medicare Select brinda cobertura para medicamentos de venta libre a través de un beneficio diferente. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información).

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

Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía
--------------------	--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando retire su receta.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía?
--------------------	---

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan cuando surta su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar al plan un reembolso).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 30 días o menos si su receta está escrita por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos, si su receta es por menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados?
--------------------	---

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

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

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlos más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal de su empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad que no está cubierto por el centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de quien receta o su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o recetador que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos en el Capítulo 6 de la Parte D (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos
-------------------	---

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

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

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos 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 sus medicamentos opioides
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de usar indebidamente o abusar de sus medicamentos opioides o benzodiacepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una farmacia.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y su recetador tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. (Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o del final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos

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

desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de terapia de medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea tener su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Hay más información acerca de este programa en nuestro sitio web: www.hamaspik.com. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción	131
Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.....	131
Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos.	131
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento.	132
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Hamaspik Medicare Select?... ..	132
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.	134
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)... ..	134
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.....	134
SECCIÓN 4 No hay deducible para Hamaspik Medicare Select	135
Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.....	135
SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.	136
Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta.....	136
Sección 5.2 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento... ..	137
Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes....	138
Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento... ..	139
Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcance \$ 6.550.....	140
Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados... ..	140
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos.	

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

de medicamentos genéricos.....142

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen \$ 6.550..... 142

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos..... 145

Sección 7.1 Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año..... 145

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende

sobre cómo y dónde los obtienes 145

Sección 8.1 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende sobre cómo y dónde los obtienes 145

Sección 9.2 Es posible que desee llamarnos a Servicios al Miembro antes de recibir una vacuna..... 147

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

Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula de subsidio de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre la cobertura de su medicamento. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
-------------	--

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare [insertar si corresponde: o bajo Medicaid].

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Aquí hay material que explica estos conceptos básicos:

- **La lista de medicamentos cubiertos (Farmulario) del plan.** Para simplificar las cosas, llamamos a esto la “lista de medicamentos”.
 - Esta lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También le informa si hay alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la lista de medicamentos en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com. La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le dice qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio regional de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). El **Directorio regional de proveedores y farmacias** tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red

pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede solicitar que pague.

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

Término legal: Costo compartido

El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Hamaspik Medicare Select?

Como se muestra en el cuadro a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Hamaspik Medicare Select. La cantidad que paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentre en el momento en que surta o reponga una receta.

<p>Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i></p>	<p>Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i></p>
<p>Si no recibe “Ayuda adicional”, comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Sin embargo, si no recibe “Ayuda adicional”, usted comienza en esta etapa de pago cuando surta su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 1.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$0 o \$445 de sus medicamentos l . (\$445 es el monto de su deducible).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” (sus pagos más los pagos de cualquier pago al plan de la Parte D) totalicen \$6,550</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa no puede aplicarse a usted.</p> <p>Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus pagos del año hasta la fecha alcancen un total de \$6,550.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus pagos del año hasta la fecha “costos del bolsillo” alcancen un total de \$6,550. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas para contar los costos para esta cantidad.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará todos o la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p>

(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).

(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).

(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).

(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su **costo “de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles.

Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Esto incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1.o de enero.** Esto se denomina información “del año hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de medicamentos recetados.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta que pueda estar disponible.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que conocemos las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de tener la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que puede pagar los medicamentos recetados cuando no obtendremos automáticamente la información que

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Estos son algunos tipos de situaciones en las que puede querer darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y lo ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos rastrear sus costos.
 - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de mantener estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1	Permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos de nivel 1
--------------------	---

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si recibe “Ayuda adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que reciba; entonces, usted:

- No pagará un deducible
- --O--
- Pagará un deducible de \$445
- Consulte el inserto por separado (la “Cláusula LIS”) para obtener información sobre la cantidad de su deducible

Si no recibe “Ayuda adicional”, la etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos.

Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$445 para 2021. Pagará un deducible anual de \$435 en nuestros medicamentos de Nivel 1.

Para todos los demás medicamentos (como medicamentos cuando los recibe en un hospital o consulta médica), no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “**costo total**” generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$445 por sus medicamentos de Nivel 1, abandona la etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta.
--------------------	--

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene un nivel de costo compartido

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos del plan están en un nivel de costo compartido. Este nivel cubre medicamentos genéricos y de marca

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

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

En general, cubriremos sus recetas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago

- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “**Coaseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coaseguro depende de si su medicamento es genérico o de marca. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.
- ubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido del cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para detalles.) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido				
Medicamentos genéricos	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro
Medicamentos de marca	\$0 de copago; o \$4.00 de copago, \$9.20 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago; o \$4.00 de copago, \$9.20 de copago o 25 % de coaseguro	\$0 de copago; o \$8.95 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago; o \$4.00 de copago, \$9.20 de copago, o 25 % de coaseguro

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en que desee preguntarle a su médico si le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar el coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coaseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el monto que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

o Este es un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$ 30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro de medicamentos o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Término legal: Tasa de costo compartido diario
 Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

Sección 5.4 Un cuadro 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 llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.)

El cuadro a continuación muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento. Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago, o \$1.30 de copago, o \$3.70 de copago, o 25 % de coaseguro
Medicamentos de marca	\$0 de copago, o \$4.00 de copago, o \$9.20 de copago, o 25 % de coaseguro	\$0 de copago, o \$4.00 de copago, o \$9.20 de copago, o 25 % de coaseguro

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen \$6,350

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y resurtido alcanza el límite de **\$ 6,550 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de sus medicamentos se basa en sumar lo que pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- Lo que pagó por todos los medicamentos cubiertos que obtuvo desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:
 - o El monto total que pagó cuando estaba en la Etapa deducible, que es \$ 0 o \$ 445.
 - o El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial

- **Lo que el plan pagó** como parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus costos de bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta sus costos de bolsillo). Cuando alcanza un límite de gastos de bolsillo de \$6,550, abandona la brecha de cobertura inicial y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercero, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$6,550 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad de \$6,550. Si alcanza este monto, abandonará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Término legal: Límite de cobertura inicial

El límite de cobertura inicial es el límite máximo de cobertura bajo la etapa de cobertura inicial.

Término legal: Etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica en el beneficio de medicamentos de la Parte D es donde usted no paga o paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$8,200 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus costos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de gastos de bolsillo de \$6,550, abandona la etapa de cobertura inicial y

pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos de bolsillo por sus medicamentos

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando suma sus costos de bolsillo, **uede incluir** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se *incluyen* si **otros individuos u organizaciones** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el sida, por un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$6,550 en costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se

encuentra en el período sin cobertura.

- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, compensación de trabajadores).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para miembros para informarnos. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede realizar un seguimiento de sus costos totales de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo lo instruye acerca de este informe). Cuando alcance un total de \$6,550 en costos de desembolso directo para el año, este informe le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de tener la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no pague más de 25% de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1	Permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$6,550
--------------------	---

Debido a que nuestro plan cubre a los miembros que reciben “Ayuda adicional”, no hay brecha de cobertura en Hamaspik Medicare Select. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.

Sección 7.1	Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.
--------------------	--

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado

el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- \$0;
-- o --
- Un coaseguro o un copago, el que sea el monto mayor:
 - Coaseguro del 5 % del costo del medicamento
-- o --
 - \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Nuestro plan paga el resto del costo.

Consulte el inserto por separado (la “Cláusula LIS”) para obtener información sobre sus costos durante la etapa de cobertura catastrófica.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Hay dos partes en nuestra cobertura para vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **medicina de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **ponerle la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se lo está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted).

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.

3. Quién le administra la vacuna.

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

- A veces, cuando recibe la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como por recibir la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, aquí hay tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la etapa de deducible de su beneficio.

- Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).
- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo por administrarle la vacuna.
 - 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 y su administración.
 - Luego, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos: nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
 - Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración).

- Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.
- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
 - Cuando su médico le administre la vacuna, pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
 - Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Es posible que desee llamarnos a Servicios para miembros antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Recomendamos que nos llame primero a Servicios para miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarlo sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que
paguemos nuestra parte de una
factura que ha recibido por
servicios médicos o
medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos. 150**

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago... 150

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido. 152

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago..... 152

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no. 153

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos... 153

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación... 153

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias. 154

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear los costos de bolsillo de sus medicamentos..... 154

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

Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--------------------	--

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

Si ya ha pagado por los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse (a menudo, este pago se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero siempre que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos recibidos.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió.

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe hacer. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, llamados "facturación de saldo". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su participación en los costos) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.6.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que manejemos el reembolso. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos
reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Para reclamaciones médicas (Parte C)

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Hamaspik Medicare
Select Ruta 59, Suite 1
Monsey, NY 10952

Para reclamos de medicamentos recetados (Parte D)

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.hamaspik.com) o llame a Servicios para miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Envíe su solicitud de pago por correo a la siguiente dirección:
Hamaspik, Inc. Medicare Advantage
PO Box 1167
Maryland Heights, MO 63043

Comuníquese con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no.

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. 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 el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o si no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es nuevo para usted, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y brinda definiciones de términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le dice qué hacer para su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 **Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias**

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear el costo de su bolsillo por medicamentos
--------------------	--

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación se muestra un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos.

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para calificarlo para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular sus costos de bolsillo correctamente y puede ayudarlo a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Como no solicita el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....157

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	157
Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos... ..	157
Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	158
Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	158
Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	160
Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	161
Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos?.....	162
Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	162

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 163

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?	163
--	-----

SECCIÓN 1 **Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Los materiales para miembros están disponibles en español. Llame a Servicios para miembros para obtener una copia de esta EOC en español. El número de teléfono de Servicios para miembros se incluye en la contraportada de este documento.

También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros.

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este envío, o puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener información adicional.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Member materials are available in Spanish. Call Member Services for a copy of this EOC in Spanish. The Member Services phone number is included on the back cover of this document.

We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services.

You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios para miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No requerimos que obtenga derivaciones para ir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o reabastecer sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le informa qué puede hacer. (Si denegamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le informa qué puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, denominado “Aviso de prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está brindando atención o pagando por su atención, primero debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos en el plan y obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede ver el anuncio de privacidad de Hamaspik Medicare Select en nuestro sitio web (www.hamaspik.com).

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en otros

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

idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluyendo cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.hamaspik.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea) del plan. Estos capítulos, junto con la lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea), le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.

- Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus elecciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar de antemano si cualquier tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dé a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder notarial para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que tome decisiones por usted si usted no puede. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

- Si ingresa en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted decide si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Brinda detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Independientemente de lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar al Departamento de Salud y Derechos Humanos Oficina de Servicios para los Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que ha sido tratado injustamente o no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **O puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede comunicarse con la Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York (Programa de la Defensoría del Pueblo) al 1-800-342-9871. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda.
- Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711).

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este folleto de Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando reciba los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted

y sus médicos acuerden.

- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
-
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que recibe, pregunte nuevamente.
 - **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
 - **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Hamaspik Medicare Select, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) O un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - **Díganos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios para miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**
También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
- Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción.....	170
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	170
Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?	170
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros.....	171
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	171
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?	172
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?.....	172
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	173
SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de <u>Medicare</u>.....	173
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?.....	173
SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.	174
Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	174
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación.....	175
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles para su situación?.....	176
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	176
Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.....	176
Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea).....	178
Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica realizada por nuestro plan). ..	181

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2 184

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?..... 186

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación187

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D... 187

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?..... 190

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones..... 191

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción... 192

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestro plan)... 195

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 198

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto..... 200

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que lo informa sobre sus derechos... 201

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital... 202

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital... 205

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....206

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto..... 209

Sección 9.1 Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)...209

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura210

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro

plan cubra su atención por un tiempo más prolongado... 210

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo213

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 214

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al nivel 3 y más allá..... 217

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos.....217

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D218

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 219

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de queja?. 220

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “instaurar una querrela.” 221

Sección 11.3 Paso a paso: presentar una queja.222

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad..... 223

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja..... 223

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID..... 224

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid224

ANTECEDENTES

[Los planes deben garantizar que el texto o el título de la sección que precede a cada casilla de "Términos legales" se mantenga en la misma página que la casilla.]

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas y preocupaciones. El proceso que debe utilizar para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Cuál usar? La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "instaurar una querrela", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo" y "Organización de revisión independiente" en su lugar de "Entidad de revisión independiente". También utiliza las abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudarán a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté lidiando con su problema y obtenga la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene una energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también puede querer ayuda u orientación de alguien que no está conectado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede comunicarse con la Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York (Programa de la Defensoría del Pueblo) al 1-800-342-9871. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda. Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711). Añadir información para IPRO.

- Puede comunicarse con la Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York (Programa de la Defensoría del Pueblo) al 1-800-342-9871. Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para comunicarse con cualquiera de estas agencias estatales.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o queja. El proceso que use dependerá de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro a continuación.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos,

EMPIECE AQUÍ

¿Es su problema acerca de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicios para miembros. Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12** de este capítulo, **“Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	--

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

¿Es su problema o preocupación acerca de sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general
--------------------	---

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Pedir decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por diferentes revisores de aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 es realizada por una organización independiente que no está conectada con

nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información acerca de las apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar con otros niveles de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Le gustaría algo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del nivel 2, su médico u otra persona que recete deben ser nombrados como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>).

El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse

con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3

¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

SECCION 6

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*una guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no, quizá quiera leerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *cuadro de beneficios* (lo que está cubierto y lo que usted paga). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y

servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolsemos esta atención.
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud.
 - **NOTA: si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidados. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).
 - Para *todas* las demás situaciones que implican que le digan que la atención médica que ha estado recibiendo se suspenderá, use esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico en la manera como quiere que esté cubierto o pagado.	Puede hacer una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Consulte la Sección 6.3 de este capítulo.

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

Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica o los servicios que ya recibió y pagó

Puedes enviarnos la factura.

Consulte la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)
--------------------	--

Términos legales

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

Paso 1: le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales

Una “**decisión de cobertura rápida**” es llamada “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión.

Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la **Parte B de Medicare**, le daremos una **respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario** más si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que puedan beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “**queja rápida**” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**
- **Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario** más si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o afectar 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 decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.

- Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario más bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos requerir tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o dentro de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- En general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud**.
- Para una solicitud sobre un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más (“un período de tiempo extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelación. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.

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

- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica hecha por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica es llamada “reconsideración” del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).

2. Si tiene a alguien que apela nuestra decisión por usted que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)
 fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario más**, si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al

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

nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si su apelación es sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite indicada anteriormente (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales) sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es sobre medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Paso 3: si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando lo hagamos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 6.4

Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la **“Entidad de Revisión Independiente”**. A veces se le llama **“IRE”**.

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “archivo de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su

apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **dentro de 30 días calendario** desde el momento en que recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta una solicitud parcial o total de un artículo o servicio médico**, debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - o proporcionar **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión de **solicitudes aceleradas**.
- **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 disputa **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para una solicitud estándar, o
 - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para una **solicitud acelerada**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de

acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”).

- Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este folleto:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *cuadro de beneficios* (qué está cubierto y qué paga usted)). También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se dan en el Capítulo 3 de este folleto: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir sí a su

solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta o si no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos los servicios y las razones en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que rechazar su solicitud de una decisión de cobertura).


¿Qué sucede si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

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

 ¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (Una guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no, quizá quiera leerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”

cada vez.

- Para obtener detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, *la lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, las reglas y restricciones sobre la cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se discutió en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es llamada “**determinación de cobertura**”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
 - Solicitarnos que eliminemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted).
 - *Tenga en cuenta:* si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse tal como está escrita, recibirá un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o necesita que eliminemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 7.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) del medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que esté cubierto o pagado.	Puedes hacer una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Consulte la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona que recete deberán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Aquí hay dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que recete pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Lo llamamos la “lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

En ocasiones, solicitar cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos es llamado “**excepción a la farmacopea**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una “**excepción a la farmacopea**”.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. (Esto a veces se llama “autorización previa”).
 - *La obligación de probar un medicamento diferente primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede tener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

Términos legales

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido en ocasiones se denomina “**excepción de nivel**”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que tienen un costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a las alternativas de marca para tratar su condición.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de costo compartido y hay más de un nivel de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3

Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona que recete deben darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 7.5 explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que hagamos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que recete) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud que nos pide que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** comience leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación en que nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona que recete deben darnos los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (A esto lo llamamos la “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona que recete pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que recete pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” es llamada “determinación de cobertura acelerada”.

- Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándares” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándares *podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).
 - Esta carta le informará que si su médico u otra persona que recete solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. En la

Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo apelar.

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

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o todo lo que solicitó**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un escrito declaración que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea realizar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa

pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5**Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestro plan)****Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama “redeterminación” del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para comenzar su apelación,** usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una solicitud apelar sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales

Una “apelación rápida” también es llamada “**redeterminación acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona que recete para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o todo lo que solicitó**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar tan rápido como lo requiera su salud, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le llama “**IRE**”.

Paso 1: para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante o su médico u otra persona que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “archivo de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para la apelación “rápida” en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la apelación “estándar” en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o todo lo que solicitó**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También lo ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de que salga del hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le dice cómo pedirlo.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que lo informa sobre sus derechos
--------------------	---

Durante su estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Lo informa sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y saber quién pagará por ello.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare lo informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación lo informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5.2 de este capítulo le dice cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de

alta). Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Mantenga su copia de la notificación firmada para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que abandona el hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta

organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque 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, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de salir del hospital y **no más tarde de la fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha establecida para que usted salga del hospital).
 - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta sin pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
 - Si no cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para encontrar detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando a la organización que use los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

Términos legales

Una “**revisión rápida**” también se llama “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por

escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Al mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le da su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) para que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se llama “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633 -4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Paso 3: dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces 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 el Mejoramiento de la Calidad le responda a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra

apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no más tarde de su fecha de alta planificada). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para encontrar detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y que seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le llama “**IRE**”.

Paso 1: reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica 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 las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente lo informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección trata *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica domiciliaria** que está recibiendo
- **La atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalación, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y las limitaciones de cobertura que pueden aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarlo con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
- El aviso escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - El aviso escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y seguir cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le indica cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención médica. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso escrito se denomina: **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5.2 le dice cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso solo muestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan en que es hora de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar

una queja. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención recibida por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación escrita que recibió lo informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque 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, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debería pedir?

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (para hacer una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación *no más tarde del mediodía del día posterior a la recepción de la notificación por escrito que lo informará cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nosotros. Para encontrar detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informaron sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

La explicación de este aviso se llama “**Explicación detallada de la no cobertura**”.

Paso 3: dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí a su apelación?

- Si los revisores responden afirmativamente a su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha cuando finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que realiza es el “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde sí a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando** cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para encontrar detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando establecemos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo y que continuaremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la Organización de Revisión

Independiente revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le llama “**IRE**”.

Paso 1: reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica 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 las 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente lo informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 10.1 niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas de sus apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un juez adjudicatario que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el juez de derecho administrativo o el juez adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Decidiremos si apelamos esta decisión al nivel 4. A diferencia de una decisión del nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos el derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del juez adjudicatario.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañen. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el juez adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el juez adjudicador rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** Decidiremos si apelamos esta decisión al nivel 5. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba lo informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2**Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas de sus apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez (llamado **Juez de derecho administrativo o un juez adjudicatario que trabaja para el gobierno federal**) revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada** por el juez de derecho administrativo o el juez adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el juez adjudicador rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada** por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, la notificación que reciba lo informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.


Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11

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

 Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de queja?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de queja se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de queja.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestros Servicios para miembros lo han tratado? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestros Servicios para miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en las salas de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Considera que la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay plazos que • aplicar. Si cree que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 11.2

El nombre formal para “presentar una queja” es “instaurar una querella”

Términos legales

- Lo que esta sección llama una “**queja**” también se llama una “**querella**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**instaurar una querella**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para instaurar una querella**”.

Sección 11.3	Paso a paso: presentar una queja
---------------------	---

Paso 1: contáctenos con prontitud, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para miembros es el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicios para miembros se lo informará. Puede comunicarse con Servicios para miembros en el 1-833-426-2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Servicios para miembros está disponible los siete días de la semana entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., desde el 1 de octubre de 2020 al 31 de marzo de 2021. Desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021, nuestro Departamentos de Servicios para miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

El proceso de quejas:

Un miembro o su representante tiene derecho a presentar una queja (o queja) con respecto a una experiencia con el plan de salud, el proveedor contratado o cualquier aspecto de los servicios prestados por Hamaspik Medicare Select que no se relacione con una necesidad médica o una determinación experimental o de investigación. Los ejemplos de tales quejas se enumeran arriba.

Puede presentar una queja estándar ya sea verbalmente o por escrito dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha del incidente o cuando el miembro se enteró del incidente. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, identificación de miembro, motivo de presentación de la queja y cualquier prueba que desee adjuntar.

Hay varias formas en las que puede presentarnos su queja.

- Puede presentar su queja por teléfono comunicándose con Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Select al 1-833-426-2774 (usuarios de TTY, deben llamar al 711).
- Puede venir en persona para registrar una queja en la dirección de nuestra oficina, que se indica a continuación.
- O, puede presentar una queja por escrito a:

Hamaspik Medicare Select
Attn: Member Services
58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952

Servicios para miembros puede ayudarlo si necesita servicios de intérprete de idiomas.

Cuando recibamos su queja, un miembro de nuestro personal investigará. Dependiendo de la situación, podemos comunicarnos con su proveedor o podemos comunicarnos con usted para obtener más

información. Usted o su representante pueden solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario, si necesitan brindarnos más información. Hamaspik Medicare Select también puede iniciar una extensión si puede justificar la necesidad de información adicional y si una extensión es lo mejor para el miembro.

Queja formal acelerada:

Cuando una demora aumentaría significativamente cualquier riesgo para la salud de un miembro, el miembro tiene derecho a solicitar una queja "rápida" o "acelerada".

Si usted o su representante solicitan una queja formal acelerada, Hamaspik Medicare Select completará su investigación lo más rápido posible, según el estado de salud del miembro. Para un reclamo acelerado, se proporcionará una notificación dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción. Si no podemos responder a su queja dentro de ese plazo de veinticuatro (24) horas porque se necesita información adicional, le notificaremos verbalmente y por escrito, antes de las 24 horas, el motivo de la demora. Todas las notificaciones relacionadas con la decisión incluirán información sobre la base de nuestra decisión y describirán cualquier derecho adicional que pueda tener. Todas las quejas que involucren decisiones clínicas serán hechas por personal clínico calificado.

Si se rechaza la solicitud de una queja formal acelerada, Hamaspik Medicare Select debe transferir la solicitud al proceso de queja formal estándar, proporcionar una notificación verbal inmediata de la denegación y, posteriormente, entregar (por correo) una notificación por escrito dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la aparición del problema por el que desea presentar la queja.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas**.

Términos legales

Lo que esta sección llama una “**queja rápida**” también se llama una “**querrela acelerada**”.

Paso 2: analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos

responsables del problema por el que se queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (sin presentarnos la queja).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Hamaspik Medicare Select directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios de <u>Medicaid</u>
-------------------	--

Para informar problemas con sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El número de teléfono para comunicarse con el Departamento de Salud se puede encontrar en el Capítulo 2 de este folleto.

CAPÍTULO 10

*Finalizar su membresía en el
plan*

CAPÍTULO 10. Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción..... 227

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan 227

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?..... 227

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.227

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual.....228

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. 229

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial. 229

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?..... 231

SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?.231

Sección 3.1 Por lo general, finaliza su membresía al inscribirse en otro plan231

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 233

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan..... 233

SECCIÓN 5 Hamaspik Medicare Select debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones233

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?..... 233

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. 234

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.234

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Hamaspik Medicare Select puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 lo informa cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 lo informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le dice *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige abandonar el plan, pero estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 lo informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especiales:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante

el período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). La cobertura de medicamentos recetados de Medicare es un seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por las Parte A o Parte B de Medicare.

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Esto sucede del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

- –u-- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la opción automática de inscripción.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1.º de enero.

Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el período de **inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en dicho momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o cuando recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior al que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial
--------------------	--

En ciertas situaciones, puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones corresponde a usted, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, cuando se ha mudado
 - Si tiene Medicaid
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare
 - Si violamos nuestro contrato con usted
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
 - Si se inscribe en el programa de atención integral para personas mayores (PACE)
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - –u-- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la opción automática de inscripción.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el ***Manual Medicare y Usted 2021***.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de Medicare y Usted cada otoño. Las personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de la primera suscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 **¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?**

Sección 3.1	Por lo general, finaliza su membresía al inscribirse en otro plan
--------------------	--

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --O bien-- puede comunicarse con Medicare en el 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.

El cuadro a continuación explica cómo debe finalizar 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 nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. <p>Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. <p>Será dado de baja automáticamente de Hamaspik Medicare Select cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días consecutivo o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711).

Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de Medicaid del Estado de Nueva York.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan
-------------	---

Si abandona Hamaspik Medicare Select, puede pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Hamaspik Medicare Select debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
-------------	--

Hamaspik Medicare Select debe finalizar su membresía en el plan si ocurre algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.

NOTA: Se puede considerar que una persona con doble elegibilidad que pierde la elegibilidad para Medicaid continúa siendo elegible para el plan si esa persona probablemente recupere la elegibilidad dentro de los seis meses. Si no vuelve a calificar dentro del período del plan de elegibilidad continua considerada, debe ser desafiliado involuntariamente del plan al final de este período.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si queda encarcelado (va a prisión)

- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Hamaspik Medicare Select no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicar cómo puede instaurar una querrela o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable. 238

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación. 238

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario
de Medicare. 238**

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, 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 obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local por los derechos civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Hamaspik Medicare Select, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la presentación de una apelación. Consulte el Capítulo 9 para encontrar información sobre las apelaciones.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia al área de servicio.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia de asistencia en el hogar.

Atención de custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un hospicio u otra instalación cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es un cuidado personal que puede ser provisto por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, como ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, subirse o bajarse de una cama o silla, moverse y usando el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre la atención de custodia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Consulte el Capítulo 3 para encontrar una referencia a emergencias.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención y rehabilitación de enfermería especializada prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre la atención en un centro de enfermería especializada (SNF).

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestra farmacopea. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la farmacopea. Consulte el Capítulo 3 para encontrar una referencia a la autorización previa.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia al centro quirúrgico ambulatorio.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y los servicios de evaluación ambiental en el hogar. Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia a CORF.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a CMS. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a CMS

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia sobre la cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 10 para encontrar una referencia sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia al copago.

Coseguro: un monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20 %). Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre el coseguro.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo “de bolsillo” del miembro. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre los costos de bolsillo.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia sobre la determinación de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia a la determinación de la organización.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia al deducible.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otro laico prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Consulte el Capítulo 3 para encontrar una referencia a emergencias.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia sobre equipo médico duradero.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde no paga O paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

partes calificadas en su nombre hayan gastado \$8,200 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Consulte el Capítulo 6 para encontrar una referencia a la etapa de cobertura catastrófica.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre, o los costos de bolsillo del año hayan alcanzado los \$6,550. Consulte el Capítulo 6 para encontrar una referencia a la etapa de cobertura inicial.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a la Evidencia de cobertura.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en la farmacopea del patrocinador de su plan (una excepción a la farmacopea) o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la farmacopea). Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia a las excepciones.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Select, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni le cobren más que el monto de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Los llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia de farmacias fuera de la red.

Hospicio: un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El hospicio proporcionará un tratamiento especial para su estado. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre hospicios.

Hospitalización como paciente internado: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a la indicación médicamente aceptada.

Individuo doblemente elegible: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia al límite de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a los límites de cantidad.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado. Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia a Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. Consulte el Capítulo 3 para encontrar una referencia sobre lo médicamente necesario.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a medicamentos de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a medicamentos genéricos.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia a los medicamentos cubiertos.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su farmacopea para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidos por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de la Parte D. Vea el Capítulo 5 para una referencia a la Parte D.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Plan PACE o un plan Medicare Advantage. Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia a Medicare.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a los miembros.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de bolsillo por el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, 1.2 para obtener información sobre su monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia al monto máximo de bolsillo.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado. Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia a la Organización para el Mejoramiento de la calidad.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “Medicare de pago por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso.

Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y

usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a Original Medicare.

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D.) Consulte el Capítulo 5 para encontrar una referencia a la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: un monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio de bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a la penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia a un período de beneficios.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más focalizada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia al plan de necesidades especiales.

Plan de necesidades especiales institucionales (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones de LTC pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); o un centro

psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional de necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare en las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones específicas de LTC.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: una compañía privada que contrata a Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, demostraciones/programas piloto y programas de atención integral para personas mayores (PACE). Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia al plan de salud de Medicare.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): un plan de necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones). Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia al plan Medicare Advantage.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar los “vacíos” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una política de Medigap). Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia a Medigap.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a la prima.

Programa de descuento por brecha de cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento. Consulte el Capítulo 2 para encontrar una referencia al programa de descuento por brecha de cobertura de Medicare.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia sobre prótesis y ortesis.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse “proveedores del plan”. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia al proveedor de la red.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, son propiedad u operados por nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “instaurar una querella”. El proceso de queja se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Querella” en esta lista de definiciones. Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia a las quejas.

Querella: un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Consulte el Capítulo 9 para encontrar una referencia a las querellas.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a los servicios cubiertos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia a los servicios de rehabilitación.

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia a Servicios para miembros.

Servicios que se necesitan con urgencia: los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder temporalmente. Consulte el Capítulo 3 para encontrar una referencia de los servicios que se necesitan con urgencia.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”. Consulte el Capítulo 1 para encontrar una referencia sobre el subsidio por bajos ingresos.

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de despacho cubre costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente. Consulte el Capítulo 4 para encontrar una referencia a la terapia escalonada.

Servicios para miembros de Hamaspik Medicare Select

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-833-426-2774 Las llamadas a este número son gratis. Nuestro Departamento de Servicio para miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1.o de octubre de 2019 al 31 de marzo de 2020. Desde abril de 2020 hasta septiembre de 2020, nuestro Departamento de Servicio para Miembros estará disponible de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 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 y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
POR CORREO	<p>Hamaspik Medicare Select 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 También puede enviarnos un correo electrónico a quality@hamaspik.com.</p>
POR INTERNET	<p>www.hamaspik.com</p>

El Programa de Innovación en Salud del Estado de Nueva York (SHIP)

El Programa de Innovación en Salud del Estado de Nueva York es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-701-0501
TTY	711 (retransmisión de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	Departamento para el Envejecimiento 2 Lafayette Street, piso 16 Nueva York, NY 10007-1391
POR INTERNET	http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26- 05, Baltimore, Maryland 21244-1850.