

2023 EVIDENCE OF COVERAGE





Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

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

Este documento le ofrece los detalles de su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y los apoyos a largo plazo y la cobertura de atención médica y medicamentos recetados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.

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

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

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

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Informaremos los cambios a los afiliados afectados al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y sus derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Los beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H0423_MEM23_2798s_C 12042022

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura para 2023****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: Iniciándose como miembro	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá.....	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MetroPlus UltraCare (HMO- DSNP)	12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	20
SECCIÓN 1 Contactos de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Servicios al Miembro).....	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (ayuda, información y consultas gratuitas para sus inquietudes sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad	29
SECCIÓN 5 Seguro Social	30
SECCIÓN 6 Medicaid	31
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a personas a pagar sus medicamentos recetados	32
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios.....	35
SECCIÓN 9 ¿Cuenta con “seguro grupal” u otro seguro médico de su empleador?	35
CAPÍTULO 3: Usar el plan para sus servicios médicos	36
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo utilizar su atención médica como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2 Utilice proveedores que se encuentren en la red del plan para recibir atención médica	39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre	43
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	45
SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está participando de un “estudio de investigación clínica”?	46

Tabla de contenidos

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”	48
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad del equipo médico duradero	49
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)		51
SECCIÓN 1	Comprender los costos de desembolso personal en concepto de servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	Use la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)?	110
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre el plan?	111
CAPÍTULO 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D		115
SECCIÓN 1	Introducción	116
SECCIÓN 2	Surtido de sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	117
SECCIÓN 3	Es necesario que sus medicamentos figuren en la “Lista de medicamentos” del plan.....	120
SECCIÓN 4	Existen algunas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	122
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?	124
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	126
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?.....	128
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	130
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	130
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos.....	132
CAPÍTULO 6 Cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D		135
SECCIÓN 1	Introducción	136
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.....	139
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa se encuentra.....	139
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	141

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	142
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de brecha en la cobertura.....	145
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	146
SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba.....	147
CAPÍTULO 7: Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		149
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	150
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted ha recibido.....	152
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	153
CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades		155
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	156
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	162
CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		165
SECCIÓN 1	Introducción	166
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	166
SECCIÓN 3	Qué son las quejas y las apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.....	167
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	168
SECCIÓN 5	Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	168
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	172
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	184
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto	194
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	202
SECCIÓN 10	Cómo presentar apelaciones de Nivel 3 y superiores	209

Tabla de contenidos

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes	212
CAPÍTULO 10	Cómo finalizar su membresía en el plan	216
SECCIÓN 1	Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	217
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	217
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	220
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	221
SECCIÓN 5	MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	222
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	224
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	225
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	225
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	225
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....		235
FOLLETO EN MÚLTIPLES IDIOMAS		237
CAPÍTULO 12:	Definiciones de palabras importantes	239

CAPÍTULO 1:

Iniciándose como miembro

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está actualmente inscrito en MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), que es un Medicare Advantage Plan especializado (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de este plan son diferentes de los de Original Medicare.

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

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

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

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Esta Evidencia de cobertura le informa cómo obtener su atención médica y los medicamentos recetados de Medicare y Medicaid. También explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

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

Es importante que conozca las normas del plan y qué servicios están a su disposición. Lo animamos a dedicar tiempo para revisar este documento Evidencia de cobertura.

Si está confundido o preocupado o tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

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

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podríamos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cada año. Cada año, puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

Capítulo 1. Iniciándose como miembro**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?****Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe cuál es nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente en ella.
- -- Y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga una condición migratoria lícita en los Estados Unidos.
- -- Y -- reúna los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

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

Además, usted debe:

1. Tener 18 años o más;
 2. Ser elegible para el nivel de atención de un hogar de reposo (al momento de la inscripción) usando el Sistema Uniforme de Evaluación (Uniform Assessment System, UAS) u otra herramienta designada por los determinantes sociales de la salud (social determinants of health, SDOH);
 3. Ser capaz, en el momento de la inscripción, de regresar a su hogar y comunidad o permanecer en ellos sin poner en peligro su salud y seguridad, según los criterios provistos por SDOH; y
 4. Requerir, como mínimo, uno (1) de los siguientes servicios comunitarios de cuidados a largo plazo durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigor de la inscripción:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Terapias en el hogar
 - Servicios de asistencia médica domiciliaria
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Atención médica diurna para adultos
 - Servicio privado de enfermería, o
 - Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces aún es

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

elegible para ser miembro de nuestro plan (la sección 2.1 del capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

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

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que Califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras que Califican (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicios de nuestro plan. El área de servicios se describe a continuación.

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios al Miembro para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o condición migratoria lícita

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de membresía, siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que reciba en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. Aquí le mostramos una tarjeta de membresía de muestra para que tenga una idea de cómo lucirá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), es posible que usted deba pagar todo el costo de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que demuestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, la extravía o se la roban, llame a Servicios al Miembro inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, www.metroplusmedicare.org. Si no tiene su copia del Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitar una a Servicios al Miembro.

El Directorio de proveedores y farmacias enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han accedido a surtir las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Usted puede utilizar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que usted desea utilizar. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitarla en Servicios al Miembro. También puede obtener esta información en nuestro sitio web www.metroplusmedicare.org.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D, que forma parte de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP).

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.metroplusmedicare.org) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MetroPlus UltraCare (HMO- DSNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (sección 4.5)

La prima de su plan podría ser más baja en algunas situaciones

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Entre estos programas se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. La sección 7 del capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si usted califica, inscribirse en el programa podría bajar su prima mensual del plan.

Si usted ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicar en su caso.** Le enviamos un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección denominada “Costos de Medicare para 2023” de su copia del manual Medicare y usted 2023. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

Como miembro de nuestro plan, "Ayuda Adicional" paga su prima mensual del plan en su nombre. Usted no paga otra prima mensual del plan para MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP).

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la sección 2 anterior, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener la elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ello de manera automática) y **usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.** Incluye su prima de la Parte B. También puede incluir la prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para permanecer como miembro de nuestro plan. Incluye su prima de la Parte B. También puede incluir la prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero, si pierde tal condición, puede aplicarse la LEP. Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento luego de que termine su período de inscripción inicial, transcurre un período de 63 días consecutivos o más sin que tenga cobertura de la Parte D o de otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. “Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como el estándar de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa todo lo que dure su cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagar en los siguientes casos:

- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si transcurren menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

- Si ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por correo o se puede incluir en el boletín informativo del plan. Guarde esta información porque podría necesitarla si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todos los avisos deben especificar que usted tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados que se espera que pague, al menos, la misma cantidad que el plan estándar de Medicare para medicamentos recetados.
 - **Nota:** Los siguientes no constituyen una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare establece el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses enteros que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber alcanzado la elegibilidad para inscribirse. O cuente la cantidad de meses enteros que estuvo sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país en base al año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería 14 % por \$32.74, lo cual equivale a \$4.58. Esto se redondearía a \$4.60. Este monto se sumaría **a la prima mensual en el caso de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres cosas importantes a tener en cuenta acerca de la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque el promedio mensual de la prima puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes, durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente está gozando de los beneficios de Medicare, su multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Luego de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

los meses que no tuvo cobertura luego de su período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió donde se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, puede que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría cancelarse su inscripción por falta de pago de su prima del plan.

Sección 4.5	Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos
--------------------	---

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera determinado importe, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que puede que deba pagar dependiendo de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole sobre cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá de sus beneficios del Seguro Social, del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación para Ferrovianos o la Oficina de Administración del Personal, independientemente de cómo pague habitualmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente como para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar este monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto extra, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacer esto, contacte al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si paga una multa por inscripción tardía de la parte D, existen varias maneras de pagarla
--------------------	--

Existen dos formas en las que puede pagar la multa. Para cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía de Parte D, llame a Servicios al Miembro.

Opción 1: Pagar con cheque

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

Los pagos se deben enviar a:

MetroPlus Health Plan
PO Box 30327
New York, NY 10087

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

Opción 2: Pedir que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma de pago de la prima. Si decide cambiar el modo en que paga su prima, puede llevar hasta tres meses para que su nueva forma de pago entre en vigor. Mientras nosotros procesamos su solicitud de nueva forma de pago, es su responsabilidad asegurarse de que su prima se pague a tiempo. Para cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía de Parte D, llame a Servicios al Miembro.

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

Si tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, la multa vence en nuestra oficina el último día del mes. Si no recibimos su pago a más tardar el último día del mes, le enviaremos un aviso de que su membresía en el plan finalizará si no recibimos la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, dentro de los 90 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para conservar la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de adeudarla, comuníquese con Servicios al Miembro para ver si podemos derivarlo con programas que le ayuden con sus costos.

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

Si finalizamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de adeudarla, tendrá cobertura médica con Original Medicare. Mientras esté recibiendo “Ayuda Adicional” para los sus costos de medicamentos recetados, seguirá teniendo cobertura de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

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

Si considera que hemos cancelado su membresía en forma incorrecta, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Consulte el capítulo 9 sobre cómo presentar una queja. Si se le presentó una emergencia que no estaba bajo su control y que ocasionó que no pudiera pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de adeudarla, dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En caso de queja, volveremos a revisar nuestra decisión. En la sección 10 del capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja. También puede llamarnos al 1-866-986-0356 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si la debe, o que necesite comenzar a pagarla. Esto podría pasar si se volvió elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para ese programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se torna elegible para el programa “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si está sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 63 días seguidos o más.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la sección 7 del capítulo 2.

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía se basa en la información de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como la que le suministra su empleador, el empleador de su cónyuge o su compensación laboral o Medicaid).
- Si usted tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito.
- Si ha sido ingresado en un hogar de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su persona responsable designada (tal como un cuidador).
- Si es parte de algún estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero lo incentivamos a hacerlo).

Si parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información de su parte sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es necesario, ya que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. A esto se llama **coordinación de beneficios.**

Capítulo 1. Iniciándose como miembro

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios al Miembro. Puede necesitar proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (tal como cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana
FAX	Decisiones de cobertura: 1-212-908-4401 Apelaciones: 1-212-908-8824
ESCRIBA A	Decisiones de cobertura: MetroPlus Health Plan Utilization Management 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Apelaciones: Correo regular: MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Entrega en persona: MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo que incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-866-986-0356 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	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. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-212-908-5196
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud para el pago de nuestra parte del costo de un servicio de atención médica o un medicamento que ha recibido**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que debemos pagar, quizás tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Método	Solicitudes de pago, reclamaciones médicas de la Parte C – Información de contacto
ESCRIBA A	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org
Método	Solicitudes de pago, facturas de medicamentos recetados de la Parte D — Información de contacto
LLAME AL	1-866-693-4615 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	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. 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.metroplusmedicare.org

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con DentaQuest, nuestro proveedor odontológico

Los servicios odontológicos deben recibirse a través de la red odontológica de DentaQuest (consulte el capítulo 4 para obtener información sobre nuestros beneficios odontológicos).

Método	DentaQuest
FAX	262-834-3589
ESCRIBA A	DentaQuest PO Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906
SERVICIO DE MENSAJERÍA	Por FedEx o por otro servicio de mensajería a la dirección postal: 11100 W Liberty Drive Milwaukee, WI 53224

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
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.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Contiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de reposo, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare para su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados que ofrece Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas ofrecen un estimado de cuánto podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	<p>Usted también puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre toda queja que tenga sobre MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Comuníquese a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no dispone de una computadora, puede utilizar las computadoras de su biblioteca local o del centro de atención para adultos para acceder a este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (ayuda, información y consultas gratuitas para sus inquietudes sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling, and Assistance Program, HIICAP).

El HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HIICAP también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder sus preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) que se encuentra en el medio de la pantalla de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante llamando al 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su estado (**STATE**) del menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con teléfonos y recursos específicos de su estado.

Método	HIICAP (SHIP de Nueva York) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBA A	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	http://www.nyconnects.ny.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad**

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

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

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Piensa que la cobertura para su hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta (la Organización de Mejoramiento de la Calidad de Nueva York) – Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

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

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

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

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos de servicios médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas de las personas con Medicare también son elegibles para obtener Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Entre los “Programas de ahorros de Medicare”, se incluyen los siguientes:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que Califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras que califican (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

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

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

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) provee información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Por ser elegible para Medicaid, usted califica para “Ayuda Adicional” y la recibe de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda Adicional”.

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina local del estado de Medicaid (solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que está pagando un monto erróneo de costo compartido cada vez que obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para recopilar las evidencias del nivel de copago que le corresponde o para entregarnos esta evidencia, si usted ya cuenta con ella.

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

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea Ayuda Adicional), igual recibirá el 70 % de descuento sobre medicamentos de marca cubiertos. El plan también paga el 5 % de los costos de medicamentos de marca en la brecha en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a personas elegibles para el ADAP con VIH/SIDA a que tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro, ADAP. Puede comunicarse con el Programa de

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro al 1-800-542-2437, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de su residencia en el estado y de su condición respecto del VIH y constancias de bajos ingresos, según lo definido por el estado, y de que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, póngase en contacto con el Programa de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro, ADAP, al teléfono 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC).

Método	EPIC (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Nueva York) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: nysdohepic@magellanhealth.com
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que avise si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

SECCIÓN 9 ¿Cuenta con “seguro grupal” u otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o de su grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene preguntas. Puede preguntar sobre beneficios de salud, primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o de su grupo de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para consultar sobre su cobertura de Medicare en este plan.

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

CAPÍTULO 3: Usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo utilizar su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para cubrir su atención médica. Encontrará definiciones de terminología y explicaciones de las normas a seguir para obtener tratamientos, servicios, equipos, medicamentos recetados y cualquier otra atención médica cubierta por este plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando la recibe, use la tabla de beneficios del capítulo siguiente, capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)).

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

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y sus montos de costos compartidos como un pago total. Hemos convenido que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando recibe un servicio de un proveedor de la red, solo pagará su parte de los costos compartidos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se encuentran detallados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se explican en el capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su atención médica cubierta por el plan

Por ser un plan de salud de Medicare y Medicaid, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe respetar las normas de cobertura de Original Medicare.

En general, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde atención médica y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para más información sobre esto, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina recibir una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios de necesidad urgente. Existen también otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para más información sobre esto, consulte la sección 2 de este capítulo). En la mayor parte de los casos, la atención que recibe de proveedores fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red del plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Existen tres excepciones:
 - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de necesidad urgente que proporciona un proveedor que no se encuentra en la red. Para obtener más información sobre este tema y para consultar qué significan servicios de emergencia o de necesidad urgente, consulte la sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debe obtener la autorización de MetroPlus Health Plan antes de recibir la atención. En este caso, deberá pagar lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para atenderse con un proveedor que no se encuentra en la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o está inaccesible. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y la supervise

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

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

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

Estos incluyen, entre otros:

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

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

¿Cómo elige a su PCP?

Quizá ya haya elegido a su PCP para que sea su médico regular. Esta persona podría ser un médico o un enfermero especializado. Usted puede elegir a su PCP usando nuestro Directorio de proveedores y farmacias que enumera la dirección, el teléfono y la especialidad de los médicos. Debe llamar al consultorio de su PCP para asegurarse de que admite nuevos pacientes. Una vez que elige a un PCP, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al Miembro para que podamos actualizar nuestro registro. Si aún no ha elegido a un PCP, debe hacerlo de inmediato. Si no elige a un PCP dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que se inscribió como miembro de nuestro plan, elegiremos a uno por usted.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Cambio de PCP

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

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

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

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin la remisión de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención ginecológica de rutina de la mujer, que incluye examen de los senos, mamografías preventivas (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra el COVID-19, para la hepatitis B y para la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia que brinden proveedores que se encuentran dentro o fuera de la red.
- Los servicios de necesidad urgente son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, póngase en contacto con Servicios al Miembro antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a recibir diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.)

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

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

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

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

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor abandona nuestro plan de modo que tenga tiempo para seleccionar otro proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médico necesario y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Debe obtener una autorización antes de recibir el servicio.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para manejar su atención.
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el capítulo 9.

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

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

Para obtener la autorización previa, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda esta información, tomaremos una decisión dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha de su solicitud respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el plazo de 72 horas. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red por servicios de emergencia o de necesidad urgente. Además, los planes deben cubrir servicios de diálisis para los

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de una?

Una “**emergencia médica**” se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o el funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si lo necesita. No necesita obtener aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Nosotros necesitamos hacer seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas. Los números de teléfono están en la contratapa de este folleto.

¿Qué servicios cubrimos en caso de una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y la emergencia médica haya pasado.

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos seguirán atendiéndolo hasta que se comuniquen con

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

nosotros y planifiquen la atención adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que usted busque atención de emergencia, y piense que su salud está en grave peligro, y el médico diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no era una emergencia, siempre y cuando haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención médica.

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

- Recibe atención adicional de un proveedor de la red.
- –O– la atención adicional que reciba se considera “servicios de necesidad urgente” y cumple con las reglas para recibir dicha atención (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios de necesidad urgente”?

El servicio de necesidad urgente es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de necesidad urgente provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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

Para acceder a servicios de necesidad urgente, puede visitar un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia participantes en su Directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web. También puede comunicarse con su PCP o con Servicios al Miembro para recibir ayuda con la coordinación de la atención.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Nuestro plan no cubre servicios de necesidad urgente en caso de atención recibida fuera de Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir la atención de su plan.

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

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores y centros fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Su plan también renunciará, en su totalidad, a cualquier requisito para remisiones cuando corresponda y realizará cambios que lo beneficiarán en vigor de manera inmediata. Estas protecciones estarán disponibles durante cualquier declaración de emergencia o desastre aplicable que interrumpa el acceso a la atención médica y hasta 30 días después de ella. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

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

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

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

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

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, también debe pagar el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado todo su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. En el caso de todos los servicios cubiertos por Medicare, los costos de

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

desembolso personal que pague por estos beneficios después de haber alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de desembolso personal anual. Usted puede llamar a Servicios al Miembro cuando quiera saber cuánto de su beneficio ya ha usado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en dicho estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio, y usted manifiesta su interés, alguien que trabaje en el mismo se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla sus requisitos y comprenda y acepte por completo sus implicancias si participa de él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando usted participa en un estudio de investigación, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar 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, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comidas en un hospital que Medicare pagaría, aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamientos de efectos secundarios y complicaciones de la atención médica nueva.

Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio del mismo modo que lo haría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuál es el monto de costo compartido que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Aquí presentamos un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que, como parte de un estudio de investigación, debe realizar una prueba de laboratorio que cuesta \$100. Digamos también que su parte de los costos de este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero el examen costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**¿Desea obtener más información?**

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

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

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, nosotros le ofreceremos cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio es únicamente para los servicios de la Parte A para pacientes hospitalizados (servicios no médicos para el cuidado de salud).

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

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

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” consiste en cualquier atención o tratamiento que sea voluntario y no sea exigido por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que recibe que no es voluntario y es requerido por la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que preste la atención médica deberá estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Si recibe servicios por parte de esta institución en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted deberá tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada.
 - –Y– es indispensable obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar a la institución o no se cubrirá su hospitalización.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será usted el propietario del equipo médico duradero luego de realizar determinada cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos, tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, bastones, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, que un proveedor solicita para utilizar en el hogar. El miembro siempre posee determinados artículos, tales como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que deben alquilarse.

En Original Medicare, aquellos que alquilan ciertos tipos de DME terminan siendo propietarios de estos luego de realizar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), por lo general, no pasará a ser propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si usted hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

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

Si no llegó a ser propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos luego de cambiar a Original Medicare para poder adquirir el artículo. No se contabilizan los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y, luego, se afilió a nuestro plan. No se contabilizan los pagos que hizo a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan para ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y, luego, se afilió a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del equipo una vez que regrese a Original Medicare nuevamente. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se contabilizan.

SECCIÓN 7.2. Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cubrirá lo siguiente:

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

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

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor provee el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza otra vez.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

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

Este capítulo provee una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Más adelante en el capítulo, encontrará información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--

Porque recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla las reglas del plan para recibir atención. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir atención).

La mayoría de las personas que califican para la cobertura de Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coaseguros. Asegúrese de mostrarle su comprobante de elegibilidad de Medicaid o de QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso.

Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal hacia el monto máximo de desembolso personal para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos.

Como usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es \$8,300.

Los montos que paga en concepto de deducibles, copagos y coaseguros por los servicios cubiertos cuentan como parte de este monto máximo de desembolso personal. (Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D del plan no cuentan como parte del monto máximo de desembolso personal). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan como parte del monto máximo de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso personal de \$8,300, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), una importante medida de protección para usted es que no paga nada cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos que lo que cobra el proveedor por un servicio y si surge una controversia y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", comuníquese con Servicios al Miembro.

SECCIÓN 2 Use la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que aparece en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) y qué montos de desembolso personal debe pagar por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos serán cubiertos únicamente cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (lo que incluye la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- Recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación por anticipado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina recibir una “remisión”.

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

- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.

Otros detalles importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios y apoyos a largo plazo y medicamentos de venta libre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todos lo que Original Medicare cubre. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual Medicare y usted 2023. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que Original Medicare cubre sin costo, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier servicio nuevo durante el 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) es un plan totalmente integrado de doble elegibilidad (Fully Integrated Dual Eligible, FIDE) para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos servicios y apoyo a largo plazo, diseñado para miembros que requieren un nivel de atención en un hogar de reposo. Consulte la Tabla de beneficios médicos para ver la descripción de los servicios. Para obtener la descripción de los beneficios y los servicios adicionales de Medicaid que están disponibles para los miembros de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), consulte el capítulo 4, sección 2.2. Porque recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla las reglas del plan para recibir atención. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir atención).
- Si usted se encuentra dentro del período de presunta continuación de elegibilidad de 3 meses, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare correspondientes cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, el plan no es responsable de más que los montos de la prima del plan y del costo compartido que adeudan los miembros que no han perdido el estado de necesidades especiales. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios de Medicare básico y complementario no cambian durante este periodo.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con enfermedades crónicas


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

- Si le diagnostican alguna de las siguientes enfermedades crónicas identificadas a continuación y cumple ciertos criterios, usted podría ser elegible para beneficios especiales suplementarios para enfermos crónicos.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas; trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal; enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés); trastornos hematológicos graves; enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; enfermedad de Alzheimer; hiperlipidemia; malnutrición/desnutrición; osteoporosis; enfermedad renal.
 - Los miembros elegibles serán identificados por el Departamento de Administración Médica en función de la lista de enfermedades crónicas. Los miembros recibirán una carta y un folleto sobre el programa y tendrán la oportunidad de participar en la administración de la atención, incluido asesoramiento nutricional. Su gestor de atención puede revisar el programa nutricional e inscribirlo si le interesa.
- Consulte el renglón “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en la siguiente Tabla de beneficios médicos para ver más detalles.
- Comuníquese con nosotros para consultar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Acupuntura para del dolor crónico en la región lumbar***

Copago de \$0

Los servicios cubiertos incluyen:

Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:

Se requiere autorización previa.

Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:

- un dolor que haya durado 12 semanas o más;
- que es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);
- no está asociado con la cirugía; y
- no está asociado con el embarazo.

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.

El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o empeora.

Requisitos de proveedores:


Los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [Social Security Act] (la Ley) pueden practicar acupuntura de acuerdo con los requisitos del estado correspondientes.

Los auxiliares médicos (physician assistant, PA), los profesionales de enfermería (nurse practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (según se identifican en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar acupuntura si cumplen todos los requisitos del estado correspondientes y si tienen:




- una maestría o un doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y
- una licencia vigente, completa y activa para practicar acupuntura en el estado, el territorio o la mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que practique acupuntura debe tener el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido



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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>por nuestras normas, que se encuentran en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y en tierra, hasta la institución adecuada más cercana que pueda brindar atención si esta se presta a un miembro cuya afección médica es tal que la utilización de otro medio de transporte pudiera poner en peligro la salud de la persona o si está autorizada por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si está documentado que la afección que padece el miembro es tal que la utilización de otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se requiere desde el punto de vista médico. <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha contado con cobertura de la Parte B por más de 12 meses, puede acceder a una visita anual de bienestar a fin de desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención según sus factores de salud y riesgos actuales. Esta visita tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya concurrido a una visita “Bienvenido a Medicare” para que sus visitas anuales de bienestar tengan cobertura luego de que haya tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>En el caso de individuos que califiquen (en general, personas que se encuentran en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), si es necesario desde el punto de vista médico, los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, entre ellos, la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 a 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para aquellos miembros que cumplen con ciertas condiciones con la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede analizar el consumo de aspirinas (si corresponde), verificar su presión arterial y ofrecerle sugerencias para asegurarse de que se está alimentando de manera saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva relacionada con la enfermedad cardíaca.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Exámenes de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de padecer una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses • Si usted está en riesgo elevado de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o si se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna para corregir subluxación. 	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.</p>

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

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Servicios odontológicos***

En general, Original Medicare no cubre los servicios odontológicos preventivos (por ejemplo, limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas). Cubrimos los servicios odontológicos cubiertos por Medicare, que incluyen:

- Procedimiento o servicio que no hubiera estado cubierto (p. ej., extracción de un diente) si lo lleva a cabo un dentista como consecuencia y parte integral de un procedimiento que sí se encuentre cubierto; en ese caso, todo el servicio proporcionado por el dentista está cubierto.
- Extracciones de dientes a fin de preparar la mandíbula para recibir un tratamiento de radiación en caso de padecer alguna enfermedad neoplásica.
- Exámenes odontológicos antes de someterse a un trasplante de riñón.

Copago de \$0 por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.

Copago de \$0 por servicios odontológicos cubiertos por Medicaid.

Copago de \$0 por servicios odontológicos preventivos

Copago de \$0 por beneficios odontológicos integrales

Los servicios deben obtenerse a través de la red odontológica DentaQuest.

Se requiere autorización previa.

Servicios odontológicos preventivos:

Los miembros son elegibles para 1 visita cada 6 meses para cada uno de los siguientes servicios:

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpieza)
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías odontológicas

El beneficio máximo para todos los servicios preventivos es de \$1,000 al año

Los beneficios integrales de odontología cubiertos incluyen:**Servicios de restauración:**

Limitados a restauraciones principales, los tipos seleccionados que se muestran a continuación solo a 1 cada 60 meses por diente:

- Poste y núcleo además de la corona, fabricados indirectamente
- Cada poste adicional indirectamente fabricado – mismo diente
- Poste y núcleo prefabricados además de la corona

Servicios de endodoncia:

Limitados a tratamiento de conducto a 1 de por vida por diente:

- Terapia de endodoncia: diente molar (excluyendo la restauración final)

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

- Retratamiento de la terapia previa del conducto radicular – diente molar

Servicios de periodoncia:

- Limitados a cirugía ósea: incluye la elevación de un colgajo de espesor completo y cierre a 1 cada 60 meses por cuadrante

Servicios de prostodoncia:

Límite de coronas: restauración sencilla, los tipos seleccionados que se muestran a continuación únicamente, 1 cada 60 meses por diente

- Compuesto a base de resina (indirecto)
- Resina con metal noble o muy noble
- Resina con base de metal principalmente
- Porcelana/cerámica
- Porcelana fundida con metal noble o muy noble
- Porcelana fundida a metal base principalmente
- Metal noble o muy noble fundido completo
- Metal base principalmente fundido completo


Limitados a tratamiento de conducto a 1 de por vida por diente:

- Terapia de endodoncia: diente molar (excluyendo la restauración final)
- Retratamiento de la terapia previa del conducto radicular – diente molar



Servicios de diagnóstico y extracciones

- Evaluación bucal limitada: centrada en el problema (ilimitada)
- Evaluación bucal detallada y exhaustiva: centrada en el problema, según informe (ilimitada)
- Evaluación bucal periódica: paciente establecido (1 cada 6 meses)
- Evaluación bucal completa: paciente nuevo o establecido (1 cada 6 meses)
- Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido, visita no posoperatoria: 1 cada 6 meses)
- Evaluación periodontal completa: paciente nuevo o establecido (1 cada 6 meses)
- Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas (1 cada 36 meses)
- Intraoral: imagen radiográfica oclusal (1 cada 36 meses)
- Imagen radiográfica panorámica (1 cada 36 meses)
- Límite de una extracción de por vida para los siguientes servicios:

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • extracción, remanente de corona – diente de leche • extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o remoción con fórceps) • extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado • extracción de diente impactado – tejido blando • extracción de diente impactado – parcialmente óseo • extracción de diente impactado – totalmente óseo, \$60 • extracción de diente impactado – totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales • extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) • coronectomía – extracción parcial intencional de diente <p>Los servicios integrales de odontología se cubren con un límite de \$700 por año.</p> <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios odontológicos adicionales cubiertos por Medicaid, incluida atención odontológica preventiva, profiláctica médicamente necesaria y otra atención odontológica, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis (es decir, tratamiento con fluoruro), cirugía bucal (cuando no esté cubierta por Medicare) y prótesis dentales y aparatos ortopédicos necesarios para aliviar una afección médica grave.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en una clínica de atención primaria que pueda brindar un tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a la visita anual en la que se realice el examen de detección de depresión.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). También cubriremos el examen si usted cumple con otros requisitos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados del examen, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes*</p> <p>Para todas las personas que padecen de diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los suministros para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de detección de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. • Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético en estado avanzado: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en circunstancias específicas. <p>Para obtener información adicional sobre la cobertura de insulina, consulte la sección 2.1 del capítulo 6.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los suministros para las personas diabéticas se limitan a las tiras reactivas para diabéticos de Abbott o las tiras reactivas para diabéticos de Ascensia. Si tiene un motivo médico para usar otra marca de tiras reactivas, su proveedor debe comunicarse con Servicios al Miembro.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios y suministros para personas diabéticas.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados***

Copago de \$0

(Para ver la definición de “equipo médico duradero”, consulte el capítulo 12 y la sección 7 del capítulo 3 de este documento).

Se requiere autorización previa.

Entre los artículos cubiertos se incluyen: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que un proveedor solicita para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Incluimos una copia de nuestro directorio de proveedores de DME en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. En la lista, se mencionan las marcas y los fabricantes de los DME que cubriremos. Esta lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en el Directorio de proveedores y farmacias nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org.

En general, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Original Medicare que sea de las marcas y de los fabricantes incluidos en la lista mencionada. No cubriremos equipos de otras marcas ni de otros fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos expliquen que la marca es la adecuada para atender sus necesidades médicas. No obstante, si usted es nuevo en el MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) y utiliza un equipo médico duradero de una marca que no se encuentra en la lista, continuaremos cubriéndoselo durante un plazo máximo de 90 días. Durante dicho plazo, deberá hablar con su médico y decidir qué marca es adecuada para usted desde el punto de vista médico una vez finalizado el plazo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, podrá pedirle que lo derive para recibir una segunda opinión).

Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, podrán presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si disiente con su proveedor en la decisión respecto de cuál es la marca o el producto adecuado según su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a DME adicionales cubiertos por Medicaid, como banco para bañera, asideros, suministros médicos/quirúrgicos, fórmula

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>enteral/parenteral, suplementos nutricionales, baterías para audífonos y prótesis y aparatos ortopédicos que Medicare no cubre en otros casos.</p> <p>La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y suplementos nutricionales se limita solamente a cobertura solo para alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener la nutrición por ningún otro medio y que cumplan las tres condiciones siguientes: 1) personas alimentadas por tubo que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores de mitigación en el crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.</p> <p>Texto de las marcas y los fabricantes de DME que tendrán cobertura: Cubriremos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su zona no posee una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	


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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que reúnen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se presten fuera de la red son los mismos que los que correspondan a los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, deberá regresar a un hospital de nuestra red con el fin de que se siga cubriendo su atención o deberá quedar hospitalizado en un hospital fuera de la red que haya sido autorizado por el plan y el costo que deberá pagar será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) le reembolsará hasta \$250 cada seis meses por el costo de su membresía en instalaciones deportivas autorizadas. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información sobre su beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Limitaciones de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se le reembolsará las membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas de pérdida de peso, spas u otros servicios similares. • Las membresías de por vida no son elegibles para el reembolso. • MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) no reembolsará equipos, ropa, vitaminas u otros servicios que el centro pueda ofrecer (masajes, yoga, etc.). 	<p>Copago de \$0</p>
<p>Tarjeta Flex</p> <p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex de \$400 por año que se puede usar para adquirir dispositivos de seguridad para el baño; equipos de telecomunicaciones incluidas ventas de teléfonos; servicios de telecomunicaciones que incluyen, entre otros, servicios telefónicos prepagos y servicios telefónicos recurrentes; servicios de información/redes informáticas; cable, satélite y otros servicios de radio y televisión de pago; y servicios públicos: electricidad, gas, combustible para calefacción y agua.</p> <p>Si el monto no se utiliza, no se transfiere al siguiente año calendario.</p> <p>Llame a Servicios al Miembro para obtener más información sobre su beneficio de la tarjeta Flex.</p>	<p>Copago de \$0</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Un programa de estilo de vida saludable que proporciona materiales educativos y sobre nutrición. Lo invitarán a participar en eventos, clases y actividades relacionadas con la salud, como ferias de salud, clases de nutrición, aprendizaje virtual y campañas de salud.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de audición*</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparato auditivo cada 3 años <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios de audición cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por Medicare. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; revisiones de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluso audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes diagnósticos de audición y equilibrio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de audición cubierto por Medicaid.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de audición cubiertos por Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 por audífonos.</p> <p>La cobertura para audífonos se limita a \$500 para ambos oídos cada 3 años.</p> <p>Se requiere autorización previa para cubrir los audífonos.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>En el caso de las personas que soliciten un examen de detección de VIH o de aquellas personas que tengan mayor riesgo de contraer una infección de VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>En el caso de las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible en el caso de los miembros elegibles para realizarse el examen preventivo de detección de VIH que cubre Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención brindada por una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de que reciba servicios de atención médica a domicilio, un médico debe, en primer lugar, certificar que usted los necesita y, en segundo lugar, solicitar que una agencia de atención médica a domicilio se los brinde. Usted debe estar confinado en su hogar, es decir, no puede salir sin que ello le implique un esfuerzo considerable.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermería profesional y servicios de asistentes para la atención a domicilio de medio tiempo o intermitentes (para que tengan cobertura en virtud del beneficio de atención médica a domicilio, la suma de los servicios de cuidado de enfermería profesional y de asistentes para la atención a domicilio no debe superar las 8 horas diarias ni las 35 horas semanales) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios de asistencia médica domiciliaria cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por Medicare, como fisioterapeuta para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su máximo potencial de restauración o un enfermero para llenar previamente las jeringas para personas discapacitadas con diabetes, o servicios de asistencia médica domiciliaria requeridos por un plan de atención aprobado.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar*</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado en esta terapia 	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Cuidado de hospicio**

Usted es elegible para gozar del beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

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

Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio y sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que cubre Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita un servicio que no es una emergencia ni urgente, que está cubierto bajo la Parte A y la Parte B de Medicare y que no está relacionado con su condición terminal, su costo por dichos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si está el requisito de obtener una autorización previa).

- Si recibe el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo debe pagar el monto de costo compartido del plan por servicios dentro de la red
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará los costos compartidos establecidos para Medicare de Tarifa por Servicio (Original Medicare)


Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, no MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

Copago de \$0 por consulta de hospicio por única vez.

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p><u>En el caso de los servicios cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) continuará cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni por la Parte B con independencia de que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted debe pagar el monto correspondiente a los costos compartidos del plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca tienen cobertura del hospicio y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4, del capítulo 5 (¿Qué pasa si usted se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).</p> <p>Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención que no se relacione con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para las personas que tengan enfermedades terminales y que no hayan elegido el beneficio de hospicio.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B que cubre Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contagio de hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas establecidas en nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria como paciente hospitalizado*</p> <p>Incluye cuidados agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para paciente hospitalizado comienza el día en que es formalmente ingresado en el hospital con una orden del médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de atención especial (tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y de salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>Deducible de \$0</p> <p>Copago de \$0 por día por días de hospitalización ilimitados según sea médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Si recibe atención autorizada para paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su situación de emergencia se haya estabilizado, el costo que deberá pagar será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)***

- En algunas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es o no candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención comunitario, podrá elegir atenderse en un centro local siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte que correspondan para usted y un acompañante.
- Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios médicos

Nota: A fin de que se lo admita como paciente hospitalizado, su proveedor debe preparar una orden para ingresarlo formalmente como paciente en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es un paciente hospitalizado o uno ambulatorio, deberá consultarle al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta ficha informativa está disponible en la web en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-

Si recibe atención autorizada para paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su situación de emergencia se haya estabilizado, el costo que deberá pagar será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.	
Rehabilitación como paciente hospitalizado (en el hospital)	Copago de \$0
<p>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico *</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente de por vida. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene cobertura por días ilimitados de internación de salud mental, según sea médicamente necesario, más allá del límite de 190 días de por vida de Medicare.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Deducible de \$0</p> <p>Copago de \$0 por día por días de hospitalización ilimitados según sea médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una hospitalización no cubierta***

Como se describe en esta Tabla de beneficios médicos, como miembro con doble elegibilidad, tiene cobertura por días ilimitados, según sea médicamente necesario, para recibir atención hospitalaria como paciente hospitalizado y de un centro de enfermería especializada (SNF).

Si agotó sus beneficios de atención para paciente hospitalizado o si su hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos los costos en los que incurra por su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:

- Servicios médicos
- Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)
- Radiografías, radioterapias, terapias con isótopos, incluidos los servicios y materiales técnicos
- Vendajes quirúrgicos
- Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones
- Dispositivos de prótesis y de ortopedia (excepto los odontológicos) que reemplazan, en forma total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo) o la función de este debido a que se encuentra inoperativo o está fallando permanentemente. También están incluidos los repuestos y las reparaciones de dichos dispositivos
- Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas; y piernas, brazos y ojos artificiales. También se incluyen los ajustes, las reparaciones y los repuestos necesarios por daños, desgaste, pérdida o debido un cambio de la afección física del paciente
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

Copago de \$0 por servicios de médicos.

Copago de \$0 por servicios de laboratorio.

Copago de \$0 por radiografías.

Copago de \$0 por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.

Copago de \$0 por servicios de radiología terapéutica.

Copago de \$0 por suministros médicos y quirúrgicos.

Copago de \$0 por dispositivos protésicos.



Copago de \$0 por servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Se requiere autorización previa para realizar TC/IRM/ARM y TEP.

Se requiere autorización previa para prótesis y suministros médicos y quirúrgicos.

Se requiere autorización previa para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para más de 10 visitas en un año.

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

Servicios cubiertos para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio se encuentra disponible para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero que no reciban diálisis) y para las personas que hayan recibido un trasplante de riñón cuando su médico se lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación individualizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (se encuentran incluidos nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y, vencido ese plazo, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Si es necesario que continúe con su tratamiento el siguiente año calendario, un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión cada año.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Desintoxicación controlada médicamente como paciente hospitalizado (en el hospital)</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Desintoxicación supervisada médicamente como paciente hospitalizado (en el hospital)</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Desintoxicación supervisada médicamente como paciente ambulatorio (en el hospital)</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Programa de prevención contra la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare para todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para modificar la conducta en relación con la salud que proporciona capacitación práctica para realizar cambios a largo plazo en la dieta, aumentar la actividad física y proporcionar estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**

Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son los siguientes:

- Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios
- Medicamentos que se administran a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se autoadministra a través de una inyección, si usted padece de hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores, si usted estuviera inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano
- Medicamentos inyectables contra la osteoporosis si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con el hecho de tener osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse dicho medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos orales
- Algunos medicamentos para hacer diálisis en el hogar, incluyendo heparina, antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Aranesp®, o Retacrit®)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencias primarias

- En vigor a partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coaseguro para ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B si el precio del medicamento ha aumentado a una tasa más alta que la tasa de inflación.

- En vigor a partir del 1 de julio de 2023, la insulina cubierta bajo la Parte B (por ejemplo, la insulina administrada por una bomba que califica como un artículo de equipo médico

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**duradero (DME) no superará un total de \$35 para un suministro de un mes y no se aplicará el deducible de la Parte B.**


El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:
<https://www.metroplus.org/Plans/Medicare/prescription-drug-information>

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

En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, además de las normas que debe seguir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados. En el capítulo 6, se explica cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D mediante nuestro plan.

Tratamiento y servicios de rehabilitación de salud mental como paciente ambulatorio

Copago de \$0

 Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante

Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos el asesoramiento intensivo que lo ayude a perder peso. El asesoramiento está cubierto si lo recibe en una clínica de atención primaria donde pueda ser coordinado con su plan de prevención integral. Consúltele a su médico o profesional de atención primaria si necesita más información.

No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección de obesidad ni para la terapia.

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

Servicios del programa de tratamiento para opioides *

Los miembros de nuestro plan con trastorno de consumo de opioides (OUD) reciben cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU.
- Entrega y administración de los medicamentos MAT (en caso necesario)
- Terapia por el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de ingesta
- Evaluaciones periódicas

Copago de \$0

No se requiere autorización previa para la cobertura de los primeros 28 días de tratamiento residencial o para pacientes hospitalizados médicamente necesario para el trastorno por consumo de opioides

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios***

Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:

- Radiografías
- Radioterapias (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales técnicos
- Suministros quirúrgicos, tales como vendajes
- férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones
- Pruebas de laboratorio
- Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Otras pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios

Copago de \$0 por radiografías.

Copago de \$0 por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.

Copago de \$0 por servicios de radiología terapéutica.

Copago de \$0 por suministros médicos y quirúrgicos.

Copago de \$0 por servicios de laboratorio.

Copago de \$0 por cada pinta de sangre (a partir de la cuarta pinta).

Se requiere autorización previa para realizar TC/IRM/ARM y TEP.

Se requiere autorización previa para la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Observación hospitalaria para paciente ambulatorio**

Copago de \$0

Los servicios de observación son servicios ambulatorios provistos en un hospital para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.

Para que los servicios de observación para paciente ambulatorio tengan cobertura, deben satisfacer los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solamente tienen cobertura cuando son provistos por orden de un médico o de otra persona autorizada por las leyes estatales de acreditación y los estatutos del personal del hospital para admitir a pacientes y ordenar la realización de pruebas a pacientes ambulatorios.

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se lo considera un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta ficha informativa está disponible en la web en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 al día, los 7 días de la semana.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio**

Copago de \$0

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía como paciente ambulatorio.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.
- Atención de salud mental, que incluye la atención conforme a un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, si no recibiera esta atención, sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos, tales como férulas y yesos.
- Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueda administrar por sí mismo.

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se lo considera un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta ficha informativa está disponible en la web en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 al día, los 7 días de la semana.

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

<p>Atención de salud mental como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional en la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual o grupal.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios *</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen la fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Podrá recibir los servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio en los siguientes lugares: en departamentos ambulatorios de un hospital, en consultorios de terapeutas independientes y en Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios adicionales de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicaid para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Sin límites en terapia ocupacional cubierta por Medicaid, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje cuando es médicamente necesario, por año calendario.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias como paciente ambulatorio</p> <p>Atención de salud mental para paciente ambulatorio para el tratamiento por abuso de sustancias que se brinda en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una estadía hospitalaria para el tratamiento del abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual o grupal.</p>

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

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

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

Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios brindados en un consultorio médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en un departamento de atención para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación
- Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista
- Exámenes de audición y de equilibrio básicos realizados por su PCP si su médico lo ordena para determinar si necesita tratamiento médico
- Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes.
 - Usted tiene la opción de obtener estos servicios en una visita presencial o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.
 - Acceso a un médico mediante el uso de un sistema de telecomunicaciones interactivo de audio y video, como una tableta o un teléfono, que permite la comunicación interactiva en tiempo real, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contacte a su proveedor para ver si ofrece servicios de telesalud o para programar una cita, o visite nuestro sitio web en www.metroplusmedicare.org para obtener información sobre cómo acceder a nuestro proveedor de telesalud.
- Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciban diálisis en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro independiente de diálisis renal o en el domicilio del miembro

Copago de \$0 por cada visita al consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP) o un especialista.

Copago de \$0 por cada visita virtual de servicios de telesalud.

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

- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud
 - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:**
 - Usted no es un paciente nuevo, y
 - El control no se relaciona con una visita que haya hecho al consultorio en los últimos 7 días, y
 - El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la fecha disponible más inmediata.
- Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las siguientes 24 horas **si:**
 - Usted no es un paciente nuevo, y
 - La evaluación no se relaciona con una visita que haya hecho al consultorio en los últimos 7 días, y
 - La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la fecha disponible más inmediata
- Consultas que su médico haga a otros médicos por teléfono, internet o registros de salud electrónicos
- Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de que se realice una cirugía
- Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos son exclusivamente los siguientes: cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de

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

dientes a fin de preparar la mandíbula para recibir un tratamiento de radiación en caso de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)

Servicios de podología*

Los servicios cubiertos incluyen:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y de enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones en el talón)
- Atención podológica de rutina para los miembros que tengan determinadas afecciones médicas que les afecten los miembros inferiores
- Hasta 4 visitas de podología de rutina por año

Copago de \$0

Se requiere autorización previa para recibir atención podológica de rutina.

Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios de podología adicionales cubiertos por Medicaid para el cuidado de los pies médicamente necesario. Esto incluye atención para afecciones médicas que afecten los miembros inferiores y hasta cuatro visitas de cuidado de los pies de rutina por año.

Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.

Alimentos después del alta*

La cobertura de hasta 10 comidas entregadas a domicilio durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados a su hogar.

Copago de \$0

Se requiere autorización previa.


Los miembros son elegibles para recibir comidas entregadas a domicilio si cumplen los siguientes requisitos:

- Necesario debido a una enfermedad
- De forma congruente con el tratamiento establecido de la enfermedad

No hay límite a la cantidad de períodos de 5 días de comidas que puede recibir en un año después de recibir el alta de un entorno hospitalario a su hogar, si se cumplen los requisitos anteriores.

Las comidas son provistas y entregadas por el proveedor contratado de MetroPlus Health Plan. Si tiene alguna pregunta, llame a su gestor de atención al 1-866-986-0356.

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

<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso el sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye una cierta cobertura después de una extirpación o cirugía de cataratas; consulte a continuación “Atención oftalmológica” en esta sección para más detalles.</p> <p>Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a prótesis, órtesis y calzado ortopédico adicional cubierto por Medicaid.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Copago de \$0 por dispositivos protésicos.</p> <p>Copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare después de una extirpación o cirugía de cataratas.</p> <p>Se requiere autorización previa para la cobertura de dispositivos protésicos.</p>
<p>Servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado (en el hospital)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Máximo de 190 días de por vida</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar *</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) moderada a muy grave y que cuentan con una remisión para rehabilitación pulmonar de parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol**

Cubrimos una evaluación de detección de consumo indebido de alcohol en el caso de adultos con cobertura de Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, aunque no sean dependientes.

Si su evaluación da un resultado positivo para el consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones personales cortas de orientación por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico de atención primaria o un especialista calificado en un centro de atención primaria.

No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección y el beneficio preventivo de asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare.

**Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)**

En el caso de los individuos que califican, se cubre un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) cada 12 meses.

Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco, al menos 20 paquetes al año, y que actualmente fuman o dejaron fumar en los últimos 15 años; aquellas personas que reciben una orden por escrito para realizarse un LDCT durante una consulta médica para recibir asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que brinda un médico o un profesional no médico calificado.

En el caso de los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de realizar el examen de LDCT inicial: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional calificado que no sea médico decide proporcionar una sesión de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la sesión debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.

No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a las visitas de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre el examen de LDCT cubiertas por Medicare.

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

**Detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir STI**

Cubrimos exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con alto riesgo de contraer una STI y debe ordenarlas un Proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.

También cubrimos hasta 2 sesiones personales de alta intensidad de orientación conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento a modo de servicio preventivo si las proporciona un Proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.

No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de STI cubiertos por Medicare y el beneficio de asesoramiento preventivo sobre STI.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Servicios para tratar enfermedades renales**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones relativas a su atención basadas en información. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los indica su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible)
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial)
- Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquiera que lo esté ayudando en los tratamientos de diálisis en su hogar)
- Equipos y suministros de diálisis en el hogar.
- Ciertos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para hacer una verificación de su diálisis en el hogar, prestar ayuda en casos de emergencias y controlar sus equipos de diálisis y suministro de agua, según sea necesario)

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.

Copago de \$0 por servicios de educación sobre la enfermedad renal.

Copago de \$0 por tratamientos de diálisis.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF)***

Copago de \$0

(La definición de “atención en un centro de enfermería especializada” se encuentra en el capítulo 12 de este documento. A veces, se denomina a los centros de enfermería especializada “SNF” por sus siglas en inglés).

Se requiere autorización previa.

No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluso dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación en sangre)
- Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe, o bien pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o hacer que un tercero lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proveen los SNF
- Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF
- Uso de aparatos, como sillas de rueda, normalmente provistos por los SNF
- Servicios de un médico/profesional


Generalmente, usted recibirá atención de un SNF de la red. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias enumeradas a continuación, usted puede pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un hogar de reposo o una comunidad para ancianos de atención continua, donde estaba viviendo justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde atención de enfermería especializada)

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

- Un SNF donde su cónyuge está viviendo al momento en que usted recibe el alta

Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a beneficios adicionales cubiertos por Medicaid. Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.

 **Dejar el hábito de fumar y el consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar cigarrillos o consumir tabaco)**

Si usted consume tabaco, pero no tiene indicios ni síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco:

Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.

Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.

No se aplica coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos*

Vales de comida saludable

Los miembros autorizados pueden recibir hasta \$100 por trimestre en vales de comida que pueden usar para comprar alimentos saludables frescos de proveedores participantes.

Copago de \$0

Se requiere autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Terapia de ejercicios supervisados (SET) ***

La terapia de ejercicios supervisada (supervised exercise therapy, SET) está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.

Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.

El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.
- Debe llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico.
- Debe proporcionarlo personal auxiliar calificado que pueda garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitados en terapia de ejercicios para PAD.
- Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o de un enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.

La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.

Copago de \$0

Se requiere autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Transporte (rutina - no de emergencia)***

Está cubierto el transporte de rutina/que no es de emergencia a la dirección de un proveedor aprobado para recibir atención médica y servicios necesarios. Incluye ambulancia, camioneta para personas con discapacidades, transporte para silla de ruedas, taxi, taxi médico, transporte público u otros medios apropiados según la afección médica.

Debe llamar a Servicios al Miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) al menos dos días antes de la cita y MetroPlus UltraCare coordinará el transporte de ida y vuelta para que lo traslade un servicio de automóvil aprobado.

MetroPlus UltraCare no reembolsará el costo del transporte que no tenga la autorización previa de nuestro plan y que no sea transporte público.

Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho al beneficio de transporte público de Medicaid. Si toma transporte público (es decir, tránsito de la Autoridad Metropolitana de Transporte [MTA], incluido metro, autobús, el ferrocarril de Long Island [LIRR] o el ferrocarril Metro-North), le reembolsaremos el costo del transporte público. Debe presentar el formulario de reembolso para miembros completo ante MetroPlus UltraCare para que le reembolsen el costo de su viaje. Puede encontrar una copia del formulario de reembolso para miembros en nuestro sitio de internet en www.metroplusmedicare.org, o puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar una copia del formulario (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).

Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.

Copago de \$0 por 14 viajes de ida por año

Llame a Servicios al Miembro de MetroPlus UltraCare para solicitar la autorización al menos dos días antes.

Se requiere autorización previa.

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

Servicios de necesidad urgente

Los servicios de necesidad urgente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red.

Copago de \$0

Ejemplos de servicios de necesidad urgente que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de necesidad urgente de un proveedor fuera de la red.

Esta cobertura está disponible dentro de Estados Unidos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Atención oftalmológica***

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.
- En el caso de las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos de 65 años o más
- En el caso de las personas que padecen diabetes, se cubre un examen de detección de retinopatía diabética por año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya el implante un lente intraocular (si se somete a dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda operación)

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) también cubre servicios de cuidado de la vista adicionales que no cubre Original Medicare.

Los beneficios adicionales cubiertos incluyen:

- Cubriremos los servicios provistos por optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencia o hechos a medida) y ayudas y servicios para poca visión.
- La cobertura además incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista.
- Los exámenes para refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que de otra manera se justifique como médicamente necesario.

Anteojos

Está cubierto por año para:

Copago de \$0 por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.

Copago de \$0 por servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid.

Copago de \$0 para anteojos hasta \$350 por año.

Puede que se requiera una autorización previa para determinados servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid.

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

- Lentes de contacto
- Anteojos (lentes y marcos)
- Lentes para anteojos
- * Marcos de anteojos (cada dos [2] años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, se dañen o se destruyan)
- Reparación o reemplazo de partes

Como miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a servicios de atención oftalmológica adicionales cubiertos por Medicaid.

Consulte el Manual del miembro de Medicaid Advantage Plus de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para conocer los beneficios adicionales disponibles mediante el plan Medicaid Advantage Plus.

**Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”**

El plan cubre la visita preventiva única denominada “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otro tipo de atención, de ser necesario.

Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses en los que usted goza de la Parte B de Medicare. Al concertar una cita, avise en el consultorio del médico que desea programar una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Sección 2.3 Beneficios adicionales cubiertos, como miembro del plan

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) es un plan totalmente integrado de doble elegibilidad para necesidades especiales (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP) de Medicaid Advantage Plus (MAP) que coordina la atención y los servicios disponibles para usted a través de los programas Medicare y Medicaid, incluidos servicios de atención a largo plazo.

El siguiente cuadro enumera los beneficios y servicios adicionales de Medicaid disponibles para los miembros de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Utilice su tarjeta de identificación de miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) para obtener los beneficios adicionales de Medicaid que se describen en esta sección. Hay algunos beneficios que son cubiertos únicamente

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

por Medicaid de Tarifa por Servicio del Estado de Nueva York y no por MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Estos servicios están enumerados en la próxima sección, Servicios que no cubrimos (exclusiones). Deberá utilizar su tarjeta de Medicaid del Estado de Nueva York cuando reciba los servicios que sean cubiertos únicamente por Medicaid de Tarifa por Servicio del Estado de Nueva York.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidado médico de día para adultos*</p> <p>El cuidado médico diurno para adultos consta de cuidados y servicios provistos en un centro residencial de atención médica o en un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico a una persona con discapacidades funcionales, que no está confinada en su hogar, y que requiere determinados artículos o servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación. La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento que sean un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)*</p> <p>Este programa le permite a usted, o a la persona que actúe en su nombre, contratar, capacitar, supervisar, organizar cobertura de respaldo, mantener registros de nómina y despedir a la persona que le brinda servicios de atención personal. Puede solicitar el uso del programa CDPAS en cualquier momento. Puede cancelar la inscripción al programa en cualquier momento. MetroPlus Health Plan revisará el nivel de los servicios de atención personal, los servicios de asistente de salud en el hogar o los servicios de enfermería especializada que necesita y le redactará un plan de atención.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Comidas en congregación y de entrega a domicilio*</p> <p>Comidas proporcionadas en el hogar o en entornos colectivos, por ejemplo, centros para personas mayores que no pueden preparar comidas o hacer que se las preparen.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios sociales médicos*</p> <p>Los servicios sociales médicos incluyen la evaluación de la necesidad, la organización y la provisión de ayuda para los problemas sociales relacionados con el mantenimiento de una persona en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Nutrición*</p> <p>La evaluación de las necesidades nutricionales y de los patrones alimenticios, o la planificación para ofrecer los alimentos y las bebidas apropiados para las necesidades físicas y médicas del individuo y las condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética apropiada dentro del ambiente de su hogar y consideraciones culturales, la educación nutricional con respecto a las dietas terapéuticas como parte del ambiente de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales, la provisión de educación en servicio al personal de las agencias de salud, así como la consulta sobre problemas dietarios específicos de los pacientes y la enseñanza de la nutrición a pacientes y familias.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de cuidado personal*</p> <p>La provisión de asistencia parcial o práctica con actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL), como la higiene personal, vestirse y alimentarse y tareas funcionales de apoyo ambiental y nutricional (preparación de comidas y quehaceres domésticos). Algunos servicios pueden ser esenciales para el mantenimiento de su salud y la seguridad de su propia casa. El cuidado personal debe ser solicitado por un médico y debe ser médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)*</p> <p>Dispositivos electrónicos que permiten que ciertos pacientes de alto riesgo se aseguren la ayuda en el caso de una emergencia física, emocional o ambiental.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de enfermería privada*</p> <p>La enfermería privada proporciona asistente de cuidados en el hogar, cuidado de compañía y servicios de trabajo doméstico, y puede incluir servicios de enfermería en su hogar o lugar de residencia temporal.</p> <p>Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando el médico tratante determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a medio tiempo o continuos, y se pueden proporcionar de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, un asistente médico registrado o un profesional de enfermería certificado. Los servicios de enfermería privada deben ser proporcionados por una persona que posee una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del Estado de NY para la práctica como profesional de enfermería registrado o profesional de enfermería autorizado.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidado social diurno*</p> <p>Programa estructurado e integral que provee a las personas con una discapacidad funcional socialización, supervisión y control, cuidado personal y nutrición en un entorno seguro durante cualquier parte del día, pero durante menos de 24 horas. Algunos servicios adicionales pueden incluir, entre otros, mantenimiento y mejora de las habilidades de la vida diaria, transporte, ayuda de un cuidador y asistencia y coordinación de casos.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Apoyos sociales y ambientales*</p> <p>Servicios y artículos que dan apoyo a sus necesidades médicas y están incluidos en su plan de cuidados. Estos servicios y artículos incluyen, entre otros, los siguientes: tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas/quehaceres domésticos, mejoras en la vivienda y atención de relevo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Tratamiento Asertivo en la Comunidad (ACT, por sus siglas en inglés)</p> <p>El ACT es un enfoque móvil en equipo para ofrecer tratamiento integral y flexible y servicios de rehabilitación, apoyo y manejo de casos. Muchos servicios son provistos en la comunidad o en el lugar donde vive por el personal de ACT. Los programas de ACT brindan servicios integrados a los beneficiarios y ajustan los servicios con el tiempo para cumplir con las metas y las necesidades cambiantes de la persona.</p> <p>El ACT es para personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Tratamiento diurno continuo (CDT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Brinda a adultos con enfermedades mentales-graves un tratamiento diseñado para mejorar o mantener los niveles actuales de funcionamiento y las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Incluye: evaluación y planificación del tratamiento, planificación del alta, terapia con medicamentos, educación sobre medicamentos, gestión de casos, exámenes de salud y remisión, desarrollo de la preparación para la rehabilitación, determinación de la preparación para la rehabilitación psiquiátrica, y remisión y control de síntomas.</p> <p>Se puede asistir varios días a la semana con visitas de más de una hora.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Programa hospitalario que brinda triaje, observación, evaluación, tratamiento y remisión a servicios de emergencia psiquiátrica y apoyo en casos de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) para personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés)</p> <p>Programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo, rehabilitación y terapia para ayudar a la recuperación.</p>	<p>Copago de \$0</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Intervención en casos de crisis (crisis móvil y crisis residencial y estabilización de crisis)</p> <p>Un servicio dentro de la comunidad que responde a las personas que tienen una crisis de salud mental o de adicción.</p>	Copago de \$0
<p>Desintoxicación supervisada médicamente como paciente hospitalizado</p> <p>Los programas ofrecen tratamiento para pacientes hospitalizados en caso de abstinencia moderada y complicaciones físicas o psiquiátricas no agudas e incluyen supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica dentro de las veinticuatro (24) horas de la admisión y supervisión médica de las condiciones de intoxicación y abstinencia.</p>	Copago de \$0
<p>Centro de tratamiento de adicciones (ATC, por sus siglas en inglés): rehabilitación para pacientes hospitalizados (cubierto en centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados certificado por OASAS, operado por un hospital o un centro independiente/basado en la comunidad) –</p> <p>Brinda atención individualizada y servicios de apoyo para la recuperación a largo plazo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios residenciales: Parte 820 (cubiertos en un centro residencial independiente/basado en la comunidad y certificado por OASAS; no están cubiertos en un hospital)</p> <p>Brinda servicios estructurados de tratamiento/recuperación (estabilización, rehabilitación e integración) las 24 horas del día, los 7 días de la semana en un entorno residencial proporcionado por programas certificados por la oficina para personas que se recuperan de un trastorno por consumo de sustancias.</p>	Copago de \$0

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

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid con cobertura para usted	Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE, por sus siglas en inglés) (cubiertos en el entorno más adecuado para respaldar la adquisición de objetivos, incluso en el hogar de la persona y otros lugares comunitarios. Los servicios de rehabilitación psicosocial, apoyo y capacitación familiar y apoyo entre compañeros se pueden brindar dentro o fuera del centro. El apoyo y el tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST, por sus siglas en inglés) se brinda fuera del centro, a menos que exista una justificación clínica para brindar servicios en el centro de manera limitada.</p> <p>Programa orientado a la recuperación y centrado en la persona adulta, con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación comunitaria y la independencia. Los servicios CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (Licensed Practitioner of the Healing Arts, LPHA)</p> <p>Los servicios CORE constan de 4 servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y Tratamiento Psiquiátrico Comunitario (CPST, por sus siglas en inglés) • Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés). • Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés) • Servicios de empoderamiento – Apoyo de personas en situación similar 	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere aviso de admisión</p>
<p>Centros de estabilización de crisis: Parte 600 (cubiertos en centros independientes y para pacientes ambulatorios y en centros hospitalarios)</p> <p>Brinda servicios de observación, evaluación, atención y tratamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas que requieren apoyo y asistencia en casos de crisis de salud mental o de consumo de sustancias. Servicios proporcionados con énfasis en servicios entre compañeros y de recuperación</p>	<p>Copago de \$0</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)?****Sección 3.1 Servicios no cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**

Los siguientes servicios no son cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), pero están disponibles a través de Medicaid.

Programa de vida asistida	Copago de \$0
Ciertos servicios de salud mental, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) autorizadas por la OMH y programas de tratamiento basados en la familia • Tratamiento diurno de la OMH • Rehabilitación residencial para jóvenes de OASAS • Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC, por sus siglas en inglés) • Centro de tratamiento residencial (RTF, por sus siglas en inglés) de la OMH • Servicios de intervención en casos de crisis para jóvenes de 18 a 20 años • Servicios y apoyos para el tratamiento de niños y familias (CFTSS, por sus siglas en inglés) para jóvenes de 18 a 20 años • Servicios Infantiles Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para jóvenes de 18 a 20 años 	Copago de \$0
Manejo Integral de Casos de Medicaid	Copago de \$0
Terapia directamente supervisada para la enfermedad de la tuberculosis	Copago de \$0
Servicios de hospicio brindados a un miembro de Medicare Advantage	Copago de \$0
Servicios del Programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad	Copago de \$0

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

Beneficios de farmacia de Medicaid según lo permitido por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionadas excluidas del beneficio de la Parte D de Medicare)	Copago de \$0
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona	Copago de \$0
Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo	Copago de \$0
Servicios de planificación familiar fuera de la red según las disposiciones de acceso directo	Copago de \$0
Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) autorizadas por la OMH y programas de tratamiento basados en la familia	Copago de \$0

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

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

La tabla a continuación incluye los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos) debe pagar por ellos usted mismo, excepto en condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no son cubiertos por nuestro plan, y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide: en la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información acerca de cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor crónico lumbar en ciertas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro con una malformación. • Cubierto en todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, así como también para que la mama no afectada tenga una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de apoyo. (Cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requieren habilidades profesionales ni capacitación, p. ej., bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado supervisado es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como el cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>		Puede tener cobertura a través de sus servicios adicionales de atención a largo plazo solo cuando se considera médicamente necesario.
<p>Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Original Medicare que no son aceptados de manera general por la comunidad médica.</p>		<p>Puede ser cubierto por Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el capítulo 3, sección 5 para más información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
Los costos cobrados por su cuidado por parte de familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.		Puede tener cobertura a través de sus servicios adicionales de atención a largo plazo solo cuando se considera médicamente necesario.
Alimentos entregados en el hogar		Puede tener cobertura a través de sus servicios adicionales de atención a largo plazo solo cuando se considera médicamente necesario.
Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, incluso tareas domésticas livianas o la preparación de comidas livianas.		Puede tener cobertura a través de sus servicios adicionales de atención a largo plazo solo cuando se considera médicamente necesario.
Servicios de neuropatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina		La atención odontológica que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede recibir cobertura como atención para paciente ambulatorio o para paciente hospitalizado.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico de piernas y están incluidos en el costo de este aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisión.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Tiene cobertura solo cuando es un servicio médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		Puede estar cubierta por los beneficios adicionales cubiertos por Medicaid.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para deficiencias en la vista.		Se cubren el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una operación de cataratas.
Atención podológica de rutina		Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si el paciente padece diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		Puede estar cubierta por los beneficios adicionales cubiertos por Medicaid.
Servicios considerados como no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5

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

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

¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Consulte el capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid.

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

El plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumpla las siguientes reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, odontólogo o alguna persona que recete el medicamento) que le escriba una receta, la cual debe ser válida en virtud de la ley estatal.
- El profesional que le recete no debe estar en la Lista de preclusión o exclusión de Medicare.
- Generalmente, usted debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, Surtido de sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan (que de forma abreviada llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la sección 3, Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan).
- El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o

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

ha sido avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la sección 3 para más información acerca de las indicaciones medicamente aceptadas).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en una de las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, debe buscar en su Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web (www.metroplusmedicare.org) o llamar a Servicios al Miembro.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que usted ha estado usando se retira de la red, deberá encontrar una nueva farmacia que se encuentre en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o usar el Directorio de proveedores y farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web, www.metroplusmedicare.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. 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 (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo

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

(como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted tiene cualquier dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

- Farmacias que atienden los programas de Servicios de Salud para Indígenas Americanos y de Salud para Indígenas Americanos Tribales o Urbanos (no disponibles en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, únicamente los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren de una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. (**Nota:** Esta situación ocurre en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios al Miembro.

Sección 2.3 Usar el servicio de pedido por correo del plan

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

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

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

Por lo general, una receta con pedido por correo se le entregará en un plazo máximo de 7 a 10 días cuando se trata de una nueva receta, y en un plazo máximo de 3 a 4 días para un resurtido. Si ocurriera alguna demora en la recepción de su pedido por correo, llame a Servicios al Miembro para que le anulen el pedido y así podrá recoger un suministro de su receta para 30 días en una farmacia minorista.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de parte de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para consultarle si desea surtir inmediatamente los medicamentos o si desea obtenerlos más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtido de recetas a través de pedido por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido

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

automático. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido de medicamentos de manera automática cuando nuestros registros indiquen que debería estar próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesite más medicamento y para que pueda cancelar una reposición si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si elige no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para abandonar nuestro programa que automáticamente prepara la reposición de pedidos por correo, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

Si recibe una reposición automáticamente por correo que usted no quiere, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando obtiene un suministro prolongado de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos maneras para obtener un suministro prolongado (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera periódica para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias de venta minorista en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de proveedores y farmacias le informa cuáles son las farmacias de la red que pueden surtir un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para más información.

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

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde puede obtener el surtido de sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios al Miembro** para ver si hay una farmacia de la red en las cercanías. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga

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

por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación le describimos en qué circunstancias podríamos cubrir recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

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

¿Cómo puede solicitar un reembolso de parte del plan?

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

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

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

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en su caso por los beneficios de Medicaid.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre que cumpla con las reglas explicadas en este capítulo y el uso del medicamento corresponda a una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento o bien:

- Autorizado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) para el diagnóstico o la condición por el cual está siendo recetado.
- O tiene el respaldo de ciertos libros de referencia, como el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre Medicamentos de AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

Medicamentos de venta libre

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 al Miembro.

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

¿Qué medicamentos no se incluyen en la Lista de medicamentos?

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 más información al respecto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

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

Existen dos maneras de saberlo:

1. Visitar el sitio web del plan (www.metroplusmedicare.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llamar a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen algunas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos recetados, algunas normas especiales restringen cómo y dónde los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de esas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro de menor costo funciona tan bien de acuerdo con el criterio médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones a continuación le presentan más información sobre los tipos de restricciones que usamos sobre ciertos medicamentos.

Si existe una restricción sobre su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que cumplir pasos adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué es lo que usted o su proveedor necesitan hacer para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que otorguemos una exención de la restricción en su caso, tendrá que utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con la exención de la restricción que usted solicite. (Consulte el capítulo 9).

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

Normalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, aunque, por lo general, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica, en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección surtirán efecto en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento en su caso. A esto se llama “**autorización previa**”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no consigue esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le incentiva a que pruebe primero con otro medicamento que sea menos costoso, pero, por lo general, igual de eficaz antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “**terapia escalonada**”.

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

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede comprar de un medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora diaria para cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora diaria.

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

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

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar no está en nuestro formulario o está con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la sección 4.
- Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.
- Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, consulte la sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el último año**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta se expidió por menos días, permitiremos varios surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días del medicamento. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo podría suministrar el medicamento en menores cantidades para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se ha expedido para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. Puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando va a ser removido del formulario o será restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio

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

antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud (o la declaración del profesional que expide la receta apoyando su solicitud). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del capítulo 9 le indicará qué debe hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

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

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

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Abajo describimos las ocasiones en que podría recibir avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que usted consume.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas).**

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

- Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadir nuevas restricciones o ambos.
- Podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca actualmente. Si está tomando el medicamento de marca al momento en que hacemos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o quien expida sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan puede eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su proveedor también se enterará de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y brindarle un suministro de 30 días del medicamento que está adquiriendo de una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que le receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.

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

- Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

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

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

- Ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurren cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por su salida del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente usted no verá ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional para su uso del medicamento.

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

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

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

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted mismo debe pagarlo.

Estas son tres reglas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El “uso fuera de lo indicado” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- La cobertura para el “uso fuera de lo indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

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

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

Además, si está **recibiendo “Ayuda Adicional”** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid del estado para determinar la cobertura de medicamentos que tiene a su disposición. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Provea su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte del costo de su medicamento. Será necesario que usted pague a la farmacia su parte del costo cuando retire su receta.

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

Si no lleva consigo su información de membresía del plan cuando va a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta al recogerla si la farmacia no puede obtener la información necesaria. (Puede **solicitar** el reembolso de nuestra parte del costo. Consulte la sección 2.1 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar al plan un reembolso).

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

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

Si se lo ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre que los mismos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo?

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

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

Revise su Directorio de proveedores y farmacias para determinar si la farmacia de su centro LTC o la que el centro usa forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro. Si usted se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que sea capaz de recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte la sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué pasa si también está recibiendo cobertura de medicamentos de parte de su empleador o un plan grupal de jubilados?
--------------------	---

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

En general, si tiene cobertura como empleado o grupal para jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nuestra parte es secundaria a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable, ya que podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en el plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que estos avisos sirvan de constancia de que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia de parte del administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados o de su empleador o sindicato.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxante, analgésico o para la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta el medicamento o del proveedor de su hospicio donde se indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o a quien le provee recetas que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que usted anule su elección del hospicio o que sea dado de alta, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve su documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos

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

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos por nuestros miembros, para garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que puedan no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

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

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

- Solicitarle que obtenga todas sus prescripciones de medicamentos opiáceos o con benzodiazepina de ciertas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o con benzodiazepina que cubrimos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las restricciones que pensamos que deben aplicarse en su caso. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la restricción, usted y el profesional que le receta tienen el derecho de presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las restricciones 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 presentar una apelación.

Usted no será asignado a un DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor por un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o atención al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de atención complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que podamos ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y que tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante esta revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier otro problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de pendientes y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, mantenga al día y lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda a un hospital o a una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el mismo y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre esto, contacte a Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6

Cuánto debe pagar por sus
medicamentos recetados de la Parte D

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

**¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos?**

Por ser elegible para Medicaid, usted califica para “Ayuda Adicional” y la recibe de parte de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Como usted forma parte del programa “Ayuda Adicional”, **es posible que una parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un anexo independiente, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios al Miembro y solicite el “Anexo LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como explicamos en el capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare o Medicaid.

Para comprender la información de pago, es necesario que conozca cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. De la sección 1 a la 4 del capítulo 5 se explican estas normas.

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

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede solicitar un pago.

- El “**deducible**” es un monto que usted paga por los medicamentos, antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El “**coaseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué no cuenta como costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo pueden incluir los pagos que se presentan a continuación (siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

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

Importa quién paga:

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

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en representación suya) hayan gastado un total de \$7,400 en costos de desembolso dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

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

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

Recuerde: Si cualquier organización como las enumeradas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso para medicamentos, usted debe avisarle a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro.

¿Cómo puede hacer el seguimiento de su desembolso total?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$7,400, este informe le notificará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

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

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

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

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos recetados en MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP). Lo que usted paga depende de en qué etapa se encuentra cuando surte o vuelve a surtir una receta. (Los detalles de cada etapa se encuentran de la sección 4 a la 7 de este capítulo). Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de brecha en la cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos en el que se encuentre, incluso si usted no pagó su deducible.

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

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

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

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

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

Cuando usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen escrito llamado Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le presenta los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Presenta los costos totales de medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted y otros en representación suya.
- **Totales para el año desde el 1ero. de enero.** A esto se le denomina información "hasta la fecha". Esto muestra los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por los mismos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en los que puede que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacerle seguimiento a sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, entréguenos copias de estos recibos. A continuación presentamos ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de los recibos de los medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se entregan conforme al programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o en otras ocasiones en las que ha pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

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

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre este proceso, vaya a la sección 2 del capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia en Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de salud para indígenas y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan como sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelos a nuestro personal para dar un seguimiento a sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que se omitió algo o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos registros.

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

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

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

- Usted no paga un deducible.
- --O-- usted paga un deducible de \$104.

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

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible del plan, que es de \$505 para 2023. El “**costo total**” por lo general es menor que el precio completo normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos, finalizará la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

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

Sus opciones en cuanto a farmacias

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

- En una farmacia minorista de la red.
- En una farmacia que no está en la red del plan. Nosotros cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia con servicio para pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas farmacias y el surtido de sus medicamentos recetados, consulte el capítulo 5 y el Directorio de proveedores y farmacias del plan.

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

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

A veces, el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en vez del copago.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro hasta para 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (un suministro hasta para 30 días)	Costos compartidos en centros de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura es limitada a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para más detalles). (un suministro hasta para 30 días)
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %
Todos los demás medicamentos	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o - Coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o - Coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o -Coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o -Coaseguro del 15 %

Sección 5.3

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre un mes completo de suministro. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta,

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

menos del suministro de un mes de sus medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coaseguro, debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable del copago de su medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el “arancel diario de costos compartidos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo alcanza hasta para 90 días.

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

- A veces, el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en vez del copago.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro hasta para 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (un suministro hasta para 90 días)
Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$1.45 o -Copago de \$4.15 o hasta el coaseguro del 15 %
Todos los demás medicamentos	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o - Coaseguro del 15 %	Dependiendo de su "Ayuda Adicional", usted paga: -Copago de \$0 o -Copago de \$4.30 o -Copago de \$10.35 o - Coaseguro del 15 %

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que usted surtió alcance el **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y el plan, y cualquier tercero, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si no alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de brecha en la cobertura. Consulte la sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha en la cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa de brecha en la cobertura, el Programa de Descuentos de la Brecha en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fábrica sobre medicamentos de marca.

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

Debe pagar el 25% del precio negociado y una parte del cargo por despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo pasa a la brecha en la cobertura.

Usted también recibe cobertura para medicamentos genéricos. No paga más del 25 % del costo para los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y le ayuda a salir de la brecha en la cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus costos de bolsillo del año alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcance este monto, \$7,400, usted abandona la Etapa de brecha en la cobertura y pasará a la Etapa de Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué no cuenta como costos de desembolso personal (sección 1.3).

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

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,400 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año calendario.

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

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

- \$0; o
- Un copago o un coaseguro, el monto que sea *mayor*:
 - o –ya sea– un coaseguro del 5 % del costo del medicamento
 - o –o bien– \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 por todos los otros medicamentos.
 - o **nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **la aplicación de la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la “administración” de la vacuna).

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

- 1. El tipo de vacuna** (la enfermedad contra la que se inmuniza).
 - Se considera que algunas vacunas tienen beneficios médicos. (Consulte la Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted) en el capítulo 4).
 - Las demás vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar una lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

Lo que usted paga al momento de adquirir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la Etapa de medicamentos en la que esté.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrarle la vacuna. Usted puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo compartido.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará su parte del costo en base a su beneficio de la Parte D.

A continuación presentamos tres ejemplos comunes en los que usted podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no les permiten a las farmacias aplicar vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su coaseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrársela.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Le reembolsaremos el monto que usted pagó menos su coaseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, luego la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.

- Tendrá que pagar a la farmacia su coaseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo completo por este servicio. Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por su médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir ninguna factura por medicamentos ni servicios cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que hubiera recibido, debería enviarnos esta factura para que la podamos pagar. Cuando usted nos envía la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios debieran cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan el reembolso (reembolso significa que le “devolvemos” a usted). Usted tiene derecho al reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían cubrirse. Si decidimos cubrirlos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por un monto mayor a su parte del costo compartido, tal como se explica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Jamás debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, aún tiene derecho al tratamiento.

A continuación presentamos ejemplos de situaciones en las que es posible que pueda necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió.

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o servicios necesarios con urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de necesidad urgente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En esos casos, solicite al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, pídaenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.

Capítulo 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Puede recibir una factura de parte del proveedor que usted cree que no adeuda. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya ha realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Usted solo debe pagar su monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamado “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más de su monto de costo compartido) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba de un proveedor de la red una factura que supere lo que usted considera que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de la facturación.
- Si usted ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación que acredite el pago que hizo y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto pagado y el monto que adeuda conforme al plan.

3. Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es de carácter retroactivo. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado.)

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Necesitará presentar documentación, como recibos y facturas, para que procesemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, la farmacia no podrá enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en determinadas

Capítulo 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

circunstancias. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para una explicación de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de su medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

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

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo.

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

Es posible que deba pagar el costo total de una receta debido a que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), o podría estar sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o que no pensaba que se aplicaría a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener mayor información de parte de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debiera cubrirse. A esto se le conoce como "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted ha recibido

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, le enviaremos una factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos. **Usted debe presentar su reclamación dentro del mismo año** de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

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

Capítulo 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, nos ayudaría a procesar la información con mayor rapidez. Los datos necesarios para tomar una decisión incluyen su nombre, la fecha de los servicios, el artículo o el servicio recibido, etc.
- O bien descargue una copia del formulario de nuestra página web (www.metroplusmedicare.org) o bien llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario.

Para solicitar el **pago de los costos médicos**, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

MetroPlus Health Plan
Complaints Manager
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

Para solicitar el **pago de los costos de los medicamentos**, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

CVS Caremark
Paper Claims Department – RxClaim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Verificamos si debiéramos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos
--------------------	---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no deberían estar cubiertos o si usted no cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo. Le mandaremos una carta explicando las razones por las cuales no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Capítulo 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación significa que nos está solicitando cambiar la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo apelar, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Nosotros debemos proporcionar información de una manera que le sirva y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se provean de una manera culturalmente competente y que estén accesibles para todos los afiliados, inclusive aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales escritos se encuentran disponibles en otros idiomas aparte del inglés. También podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información que le resulte útil.

Nuestro plan debe proveer a las mujeres inscritas la opción de un acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si en la red del plan no hay disponibles proveedores para una especialidad, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido de la red. Si está en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a especialistas en salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante el plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Written materials are available in languages other than English. 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.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with the plan (phone numbers are printed in the back of this booklet). 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 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a ir a un médico especialista en mujeres (como un ginecólogo) sin una remisión.

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 obtener servicios proporcionados por especialistas de manera oportuna cuando lo necesita. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, consulte el capítulo 9 para saber qué hacer.

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

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

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como también sus registros médicos y cualquier otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de la manera en que se usa su información de salud. Nosotros le entregamos una nota escrita llamada “Aviso de prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información referida a su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver ni modificar sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a una persona que no le está brindando ni pagando su atención, antes de hacerlo, debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a revelar información de salud a las agencias del gobierno que estén revisando la calidad del servicio.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información personal de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare revela su información para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo con leyes y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique de manera única.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber si ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que se mantienen en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacerle copias. También tiene derecho a solicitarnos agregados o correcciones en sus registros médicos. Si usted nos

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica y decidiremos si los cambios deben efectuarse.

Tiene derecho a conocer cómo se ha compartido la información de su salud con terceros con cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro.

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

Como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), usted tiene derecho a obtener la información de nuestra parte en diferentes formas.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las certificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al momento de usarla.** Los capítulos 3 y 4 proveen información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 9 provee información sobre cómo solicitar una explicación por escrito respecto de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene una restricción. El capítulo 9 también provee información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado
--------------------	--

Tiene el 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. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de tal manera que pueda comprenderlas.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el derecho a ser informado sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos en su atención. Usted debe recibir información por adelantado si cierta atención médica propuesta o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rehusarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. Usted también tiene derecho a detener el consumo de un medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a accidentes o a enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que usted quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si usted lo desea, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgar a una persona la autoridad legal a tomar decisiones médicas en su nombre** si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** acerca de cómo desea usted que maneje su atención médica si usted queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para proporcionar instrucciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**directivas anticipadas**”. Hay varios tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para el mismo documento. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder para decisiones de atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea usar una “directiva anticipada” para dar instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de una directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información a las personas sobre Medicare.

- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que menciona en el formulario como quien tomará las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Le recomendamos darle copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde: es decisión suya el firmar un formulario de directiva anticipada (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede denegarle la atención o discriminarlo en base a si ha firmado una directiva anticipada o no.

¿Qué sucede si sus instrucciones no se toman en cuenta?

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York:

The New York State Department of Health
 Bureau of Managed Care
 Certification and Surveillance
 Managed Care Complaint Unit
 OHIP DHPCO 1CP-1609
 Albany, NY 12237-0062
 1-800-206-8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el capítulo 9 de este documento le indica qué hacer. Independientemente de lo que haga –solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 Qué hacer si usted cree que el trato que recibe no es justo o sus derechos no están siendo respetados**Si es sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Es por otro motivo?

Si usted cree que no ha sido tratado de una manera justa o que sus derechos no han sido respetados y no se trata de una discriminación, puede obtener ayuda para abordar su problema:

- Puede llamar a **Servicios al Miembro**.
- Puede llamar al **SHIP**. Para más detalles, vaya a la sección 3, del capítulo 2.
- O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos.

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios al Miembro**.
- Puede llamar al **SHIP**. Para más detalles, vaya a la sección 3, del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar el documento “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, presentamos aquello que necesita saber como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas por las que debe regirse para obtener los servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para que sus servicios sean cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 le ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Tiene la obligación de informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico u otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a sus demás proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, dígalos a sus médicos y a los otros proveedores sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener respuestas que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera tal que ayude a que el consultorio del médico, hospitales y demás consultorios operen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagarlo directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo,** para así mantener su registro de membresía al día y tener su información de contacto.
- **Si se muda a un lugar fuera del área de servicios de nuestro plan, ya no podrá ser miembro de nuestro plan.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda, también es importante que le informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

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

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

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

La **sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.2 Con respecto a los términos legales.

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no le resultan familiares a la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, por lo general, este capítulo dice “presentar una queja” en vez de “presentar una queja formal” y “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización integrada” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”.
- También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones muy importante) que usted conozca los términos legales correctos. Conocer qué término utilizar le ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le damos detalles para resolver determinadas situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe intentar comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero en

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

algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. Este programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información, y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Puede encontrar los números telefónicos y los URL del sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda. Para contactar a 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede contactarse con Medicaid del estado de Nueva York. Para obtener información directamente de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 3 Qué son las quejas y las apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. En ocasiones, esto se denomina "proceso integrado" porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estos casos están descritos en la **sección 6.4** de este capítulo, "Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2".

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

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O bien, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o inquietud, lo único que tiene que hacer es leer las partes de este capítulo que aplican para su situación. La información a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si una atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que aplica la cobertura y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados).

Sí.

Consulte la próxima sección de este capítulo, **sección 5, “Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Diríjase directamente a la **sección 11** al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: información general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que utiliza para problemas tales como si algo está cubierto o no y el modo en que algo se cubre.

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagaremos nosotros. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando usted recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proveer atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o si Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con dicha decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que recibe un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan analistas diferentes a quienes tomaron la decisión inicial.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos las normas adecuadamente. Al terminar la revisión le haremos saber nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso, pero denegamos la totalidad o parte de la apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por la Oficina de Audiencias Administrativas. No está relacionada con nosotros.

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

- Su caso se enviará automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. No es necesario que usted haga nada. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará por correo un aviso para confirmar que recibió su apelación de Nivel 2.
- Consulte la **sección 6.4** de este capítulo, para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted puede seguir con niveles adicionales de apelación. (La sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Aquí presentamos recursos si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios al Miembro.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden presentar la solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
 - Para atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que se continúe durante su apelación con un servicio o artículo que ya está recibiendo, **es posible** que deba nombrar a su médico u otro proveedor que expida recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico o quien le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o quien le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si usted lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- A pesar de que podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión respecto de su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si sucede esto, le enviaremos un aviso por escrito en donde le explicaremos su derecho de solicitar a la Oficina de Audiencias Administrativas que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su abogado de confianza, conseguir el nombre de un abogado del Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos indicados. Sin embargo, **no necesita contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles para su situación?
--

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, damos los detalles para cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo, “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto”. (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios al Miembro. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como el SHIP.

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

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de la atención médica o si desea solicitarnos un reembolso de parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección habla sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos las diferencias entre las reglas de los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
 2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere darle y usted considera que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
 3. Usted ha recibido atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
 4. Usted ha recibido y pagado atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse lo que pagó por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
 5. Se le comunica que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos se reducirá o cancelará, y usted considera que cancelar o reducir esta atención sería perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
- **Nota: Si la cobertura que será suspendida es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), necesita leer las secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales para este tipo de atención.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

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

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

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

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

- Solo puede solicitar la cobertura de atención médica que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar puede causar daños graves a su salud o incapacitarlo.
- **Si su médico nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente accederemos a otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
 - Explica cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos plazos estándar.

Esto significa que le daremos respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si los días adicionales se deben a que necesitamos más información, le diremos qué información necesitamos y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión tan pronto como podamos cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar a los 14 días desde la fecha en que solicitamos más información. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, usamos plazos acelerados.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de 72 horas en el caso de que su solicitud sea de un artículo o servicio médico. Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

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

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

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “redeterminación”.

Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

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

Por lo general, una “apelación estándar” se toma en un plazo de 30 días. Por lo general, una “apelación rápida” se toma en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidados que no ha recibido, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos comunica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se encuentran en la sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite al plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene motivos valederos para su incumplimiento, explique las razones del retraso de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad grave que no le

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

permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a detener o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de realizar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita la apelación de Nivel 1 dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o a más tardar en la fecha prevista de nuestra acción, la que sea posterior.
- Si cumple este plazo, usted puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está en curso. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, observamos detenidamente toda la información. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recolectaremos más información si la necesitamos poniéndonos en contacto con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo.
 - Si no le damos una respuesta dentro 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), automáticamente debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos aceptado proporcionar en el transcurso de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos total o parcialmente su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia sobre su caso y le informará por escrito la fecha y la hora de la audiencia.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a la misma dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, consulte la **sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una Oficina de Audiencias Administrativas revisará su caso. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de un plazo de **30 días calendario** o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan responde negativamente a su apelación, usted tiene más derechos de apelación. Enviaremos automáticamente su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que la Oficina de Audiencias Administrativas tendrá una audiencia sobre su caso para ver si está de acuerdo con nuestra decisión.**
- Si denegamos parcial o totalmente su solicitud, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se denomina la “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que suele **cubrir Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que suele **cubrir Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le informará cómo hacerlo. Esa información también se describe a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría **cubrir tanto Medicare como Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación también puede continuar durante el Nivel 2. Consulte la página [\[insert applicable page number\(s\)\]](#) para obtener más información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que suele cubrir Medicare solamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que suele cubrir Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta sobre la decisión del plan.

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

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que suele cubrir Medicare:

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

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si le han otorgado una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.

Si le han otorgado una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Si su solicitud es por 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 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.
- **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a una solicitud de un artículo o un servicio médico,** debemos autorizar

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

la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o brindar el servicio en un plazo de **14 días calendario** desde la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**, o **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar ese medicamento en un plazo de **72 horas** desde la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**, o en un plazo de **24 horas** desde la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización deniega parte o toda la apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debería aprobarse. (Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Explicará su decisión.
 - Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. En la notificación escrita que recibe de la organización de revisión independiente se le informará el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con determinados requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea proseguir con el Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto aparecen en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. En la **sección 10** de este capítulo, se explican los procesos de la apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que suele cubrir Medicaid:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que suele cubrir Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre la apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde presentar la solicitud de audiencia.

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

Nivel 2 La oficina de audiencias imparciales le responde.

La oficina de audiencias imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de audiencias imparciales responde afirmativamente de forma total o parcial a la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas a partir de que recibimos la decisión de esa oficina.
- **Si la oficina de audiencias imparciales responde negativamente de forma parcial o total a la apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debería aprobarse. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la decisión deniega de forma total o parcial a mi solicitud, ¿puedo hacer otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de audiencias imparciales es negativa para la totalidad o parte de lo que solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales le informará cómo es la siguiente opción de apelación.

Consulte la **sección 10** de este capítulo para más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos el costo compartido: nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos?
--------------------	--

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si usted recibe una factura por servicios o artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura a nosotros.

Usted no debe pagar esa factura. Nosotros nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de servicios de salud si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Cómo solicitar el reembolso de algo que ya pagó:

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si usted recibe una factura por servicios o artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar esa factura.** Nos comunicaremos con el proveedor de atención médica directamente

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

y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener los servicios o el artículo.

Si desea que le reembolsemos un servicio o un artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Corroboraremos que la atención médica por la cual pagó corresponde a un servicio cubierto. También corroboraremos si siguió todas las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo dentro de 60 días calendario de recibir su solicitud.
 - Si la atención de Medicaid por la que pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y cree que deberíamos pagarle a ese proveedor en su lugar, le enviaremos a ese proveedor el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Luego, usted deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelvan el dinero. Si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si usted no cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos por los servicios y las razones correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura adoptada cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de 30 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones luego del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o a su proveedor de atención médica dentro de 60 días calendario.

Sección 6.6	Apelaciones externas para Medicaid solamente
--------------------	---

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa solo para los **beneficios cubiertos por Medicaid**.

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

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no era médicamente necesario; o
- era un tratamiento experimental o de investigación; o
- no era diferente de la atención que usted recibe de la red del plan, o
- estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de apelar al estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener la determinación adversa definitiva del plan; **o**
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y usted solicita una apelación rápida. (Su médico deberá indicar que la apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa; **o**
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente cuando procesó su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y los representantes del plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, debe pedir la apelación externa dentro de los 4 meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-866-986-0356 si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico.
- La solicitud de apelación externa indica qué información será necesaria.

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

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

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-866-986-0356.

El revisor decidirá su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará y planificará la decisión definitiva dentro de los dos días posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora le causaría daños graves a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos. El revisor le comunicará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, el revisor le enviará una carta que le informará la decisión.

En cualquier momento en el proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para recibir cobertura, el medicamento debe usarse por una indicación médicamente aceptada. (Consulte el capítulo 5 para más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6.

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general, decimos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlos.

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

- Si su farmacia le indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina " determinación de cobertura ".

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

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicita que eliminemos una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- El pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una " excepción del formulario ".
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una " excepción del formulario ".
Solicitar pagar un precio preferido menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una " excepción de nivel ".

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

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

Para que consideremos su solicitud de una excepción, su médico u otra persona que le recete medicamentos tendrá que explicar las razones por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción del monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3	Puntos importantes a tener en cuenta cuando solicita excepciones
--------------------	---

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o el profesional que le prescribe debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya la información médica de su médico u otro profesional que le prescribe cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Generalmente, si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Por lo general, si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación es válida hasta que finalice el año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

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

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término legal

A una “decisión de cobertura rápida” se le llama “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida que solicite el reembolso por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad de trabajo.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta le comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo del médico o profesional que le recete medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de

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

cobertura a través del sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes escritas, incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede optar por un abogado para que sea su representante. La sección 4 de este capítulo informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar la “declaración de respaldo”**, que son los fundamentos médicos para la excepción. Su médico o quien le recete medicamentos puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le notificamos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

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

- Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud,** también estamos obligados a pagarle en el transcurso de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1
--------------------	---

Término legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “ redeterminación ”.

La “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación acelerada ”.

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

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

Por lo general, una “apelación estándar” se toma en un plazo de 7 días. Por lo general, una “apelación rápida” se toma en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que prescribe deberán decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, solicite una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos 1-866-986-0356.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes escritas,** incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene motivos valederos para su incumplimiento, explique las razones del retraso de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, observamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que prescribe para obtener más información.

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

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una “apelación estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes si no ha recibido los medicamentos todavía y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión en 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, también estamos obligados a pagarle en el transcurso de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

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

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se denomina la “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que le recete medicamentos) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la nota escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso**. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de la recepción de su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde la recepción de su apelación en caso de que sea por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su apelación.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las “apelaciones rápidas”:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos facilitar la cobertura del medicamento que fue aprobado por la organización **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la revisión.

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

Para las “apelaciones estándar”:

- Si la organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente aprueba de manera total o parcial una solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el transcurso de 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización rechaza **de forma total o parcial su apelación**, significa que coinciden con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos del hospital que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. Ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar más tiempo de hospitalización, y se analizará su solicitud.

Sección 8.1	Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos
--------------------	--

Dentro de los dos días de ser ingresado en el hospital, se le entregará una notificación por escrito llamada Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Todas las personas que tienen cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea en detalle este aviso y realice preguntas si no lo comprende. Le informa:

- El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según indique su médico. Su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión que tenga que ver con su hospitalización.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención provista por el hospital.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que cubramos su atención hospitalaria durante un período de tiempo más largo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Al firmar el aviso, **solo** se demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no le informa su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

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

3. **Quédese con una copia** de su notificación a la mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o notificar alguna preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
 - Si desea consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro 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. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que sus servicios de hospitalización sean cubiertos por nosotros por un tiempo mayor, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Corroborar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las fechas de alta de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

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

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad antes de retirarse del hospital y **antes de la medianoche del día en el que reciba el alta.**
 - Si cumple con este plazo, usted puede permanecer en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar por ello** mientras espera obtener la decisión por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - Si usted **no** cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada de su alta.
- Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la **sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente a que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro 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 leer una copia del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los analistas”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los analistas también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Al mediodía del día siguiente después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el cual se indica su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

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

Paso 3: En el lapso de un día a partir de que tiene toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión la acepta, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión la rechaza, están diciendo que su fecha planificada de alta es médicamente adecuada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente de recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.**
- Si la organización de revisión deniega su apelación y usted decide seguir hospitalizado, entonces **podría tener que pagar el costo total** de los servicios hospitalarios que reciba luego del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le haya dado respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que ingresará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

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

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad respondió negativamente a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde afirmativamente:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización de Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar brindando cobertura por su atención médica en el hospital para paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde negativamente:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y llevarla al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?****Término legal**

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.

En ese caso, puede apelar ante nosotros.

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 respecto de su alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, existe otro modo de presentar su apelación.

Si usted utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Comprobamos si la decisión acerca de cuándo usted debe dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** quiere decir que hemos acordado con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de su fecha de alta. Continuaremos brindando sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.

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

- Si usted permaneció hospitalizado **después** de su fecha de alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina la “ IRE ” (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La **sección 11** de este capítulo indica cómo para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.

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

- El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide entre aceptar la decisión o avanzar hacia la apelación de Nivel 3.
- La **sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)
--------------------	--

Cuando está recibiendo **servicios de atención en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación ambulatoria)**, tiene derecho a continuar recibiendo cobertura de sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a decírselo por adelantado. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo** por su atención.

Si usted considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

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

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo finalizará su cobertura

Término legal

“**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Le informa cómo puede solicitar una “**apelación rápida**.” Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. Este aviso le informa sobre lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, solo se demuestra que usted ha recibido la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de recibir el servicio.

Sección 9.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor?

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las

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

decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.
- **Actúe rápidamente:**
 - Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la **sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"Explicación detallada de no cobertura". Este aviso provee información detallada sobre los motivos por los cuales termina la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los analistas”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y revisará la información entregada por nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros una **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, los analistas le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente?

- Si los revisores responden afirmativamente a su apelación, **debemos continuar proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber límites a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden negativamente?

- Si los analistas la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) **después** de la fecha en que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los analistas rechazan su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor?
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) **después** de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad respondió negativamente a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

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

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** por la atención durante el tiempo que sea necesario según criterio médico.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora responde negativamente?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es tratada por un juez de derecho administrativo o juez adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea llevar su apelación a otro nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, siendo cinco niveles de apelación en total. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La **sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En ese caso, puede apelar ante nosotros.

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como

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

máximo). Si se le vence el plazo para comunicarse con la organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usted utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Término legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo y continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de la misma.
- Si continuó recibiendo la atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) **después** de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina la “ IRE ” (Independent Review Entity).

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

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para actuar como la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La **sección 11** de este capítulo indica cómo para presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización responde negativamente a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea proseguir con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, siendo cinco niveles de apelación en total. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.

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

- 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 el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo presentar apelaciones de Nivel 3 y superiores**Sección 10.1 Niveles de apelación 3 y 4 para apelaciones por servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el adjudicador legal acepta su apelación, es posible que el proceso de apelaciones concluya o no.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o juez adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

- **Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, es posible que el proceso de apelaciones haya o no haya terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

- **Apelación de Nivel 5** Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Medicaid adicionales

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid suele cubrir. La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

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

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones está finalizado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o un juez adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

• **Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones está finalizado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones está finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si usted decide continuar con su apelación.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona fue grosera o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro personal de Servicios al Miembro u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes o cuando surte una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y se la denegamos; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 11.2 Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una “queja” también se conoce como “reclamo”.
- “Presentar una queja” también se conoce como “hacer un reclamo”.
- “Usar el proceso de quejas” también se llama “usar el proceso para presentar un reclamo”.
- Una “queja rápida” también se conoce como “reclamo acelerado”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.**

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviar su queja por escrito. Si pone su queja por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Envíenos su queja por escrito usando la dirección que figura en el capítulo 2, sección 1 denominada “Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica”. **En caso de que esté presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le asignaremos una “queja rápida” automáticamente.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le brindaremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- **Debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de un período de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted o si solicita más tiempo, podemos tardar otros 14 días calendario (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **En caso de que esté presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le asignaremos una**

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

“queja rápida” automáticamente. Si tiene una “queja rápida”, significa que le brindaremos **una respuesta dentro de 24 horas.**

- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, incluiremos nuestros fundamentos en nuestra respuesta.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

Cuando su queja es sobre **la calidad de la atención**, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.
 - O
- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5	También puede comunicarle su queja a Medicare
---------------------	--

Puede presentar una queja sobre MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque decidió que quiere irse. Las secciones 2 y 3 proveen información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo en determinados períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especiales:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. En la sección 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.
1. **Nota:** Si se desafía de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para conocer acerca de sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el capítulo 2, sección 6 de este folleto).
2. **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer un cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Se lo conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones aplica para usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para obtener “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe asistencia en una institución, tal como un hogar de ancianos o en hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, quizá no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5, sección 10, puede ver más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían de acuerdo con su situación.

Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud con Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. También puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- – o – Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se desafía de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar su plan.

Si usted 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 usted haya optado por la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios al Miembro.**
- Encontrar la información en el manual **Medicare y usted 2023**.
- Contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se lo desafiliará automáticamente de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Se lo desafiliará automáticamente de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. <p>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 usted haya optado por la inscripción automática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo. También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se lo desafiliará de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-888-692-6116 o al 1-718-557-1399 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Consulte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que recibe su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o use el pedido por correo para surtir sus recetas.**

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no cuenta con cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid. Como se establece en el capítulo 1, sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Lo ayudaremos a inscribirse en otro plan para el que sea elegible.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- No cumple los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Si ya no es elegible para un nivel de cuidados de un hogar de reposo, según se determinó en una evaluación integral con la herramienta de evaluación prescrita por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Sin embargo, no se lo desafiliará si nosotros consideramos (o el departamento local de servicios sociales considera) que la finalización de los servicios provocaría su elegibilidad para un nivel de atención en un hogar de reposo dentro de los siguientes seis meses.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es un ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos dio intencionalmente información incorrecta cuando se inscribió en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que resulta perjudicial y hace que sea difícil proporcionarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos la autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige pagar el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) no puede pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento Evidencia de cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes aplicables a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que corresponda por cualquier motivo.

Si desea obtener más información o si tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si padece una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, tal como problemas de acceso con silla de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a las reglamentaciones de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.



Aviso anual de privacidad de MetroPlus Health Plan

MetroPlusHealth respeta sus derechos a la privacidad. Este aviso describe cómo tratamos la información de salud y financiera personal y no pública (en adelante, “Información”) que recibimos sobre usted y qué hacemos para mantenerla confidencial y segura, tal como lo requiere la Ley de Seguros del Estado de Nueva York (Regulación 169).

Además, usted puede solicitar en cualquier momento la versión completa del **Aviso de prácticas de privacidad sobre la información de salud** de MetroPlusHealth, que describe la manera en la que se puede usar y divulgar la información médica sobre usted de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Para ello, comuníquese con el funcionario de privacidad de MetroPlusHealth. Esta información también está disponible en nuestro sitio web www.metroplus.org/privacy-policies.

Tipos de Información

MetroPlusHealth recopila Información acerca de usted de las siguientes fuentes y puede divulgar:

- La información que usted nos proporciona en solicitudes y otros formularios, o que usted nos comunica.
- La información acerca de sus acuerdos con nosotros, los proveedores de atención médica con los que trabajamos, y otros.

Para qué usamos su Información:

No divulgamos información acerca de nuestros miembros y antiguos miembros a nadie, a excepción de lo que permite la ley.

- Para proporcionar los beneficios de atención médica que usted recibe como miembro de MetroPlusHealth; por ejemplo, para planificar un tratamiento que usted necesita y para pagar los servicios que usted recibe;
- Para comunicarnos con usted acerca de los programas y servicios que tiene a su disposición como miembro de MetroPlusHealth; y
- Para manejar nuestras operaciones y cumplir con los requisitos de regulaciones y leyes.

Capítulo 11. Avisos legales

Cómo protegemos su privacidad

- Limitamos el acceso a su Información a empleados y a otras personas que la necesiten para llevar a cabo las operaciones de MetroPlusHealth o para cumplir con los requisitos de las regulaciones y leyes.
- Los empleados están sujetos a medidas disciplinarias y pueden ser despedidos si violan nuestras políticas y procedimientos de privacidad.
- También usamos salvaguardas físicas, electrónicas y procedimentales para conservar la confidencialidad y seguridad de su Información, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales.

Antiguos miembros

- Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

Comuníquese con MetroPlus

- Para pedir más información acerca de nuestra política y prácticas de privacidad.
- Para presentar una queja relacionada con la privacidad.
- Para pedir (por escrito) que revisemos la Información acerca de usted en nuestros registros.

Customer Services – MetroPlus Health Plan**50 Water Street, 7th Floor****New York, NY 10004**

- **Teléfono general:** 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
 - **Miembros de Medicare:** 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
 - **TTY:** 711
 - **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org
-

Su información.

Sus derechos.

Sus responsabilidades.

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Sitio web: www.metroplus.org
Teléfono general: 1-800-303-9626
TTY: 711
Correo electrónico:
PrivacyOfficer@metroplus.org

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite.

Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.

continúa en la siguiente página

Sus derechos (continuación)

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectara su atención.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar un listado (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya solicitado que hagamos). Le entregaremos un listado al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro listado en un plazo de 12 meses.
- Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Las solicitudes para cambiar o modificar este tipo de solicitud de comunicación confidencial deben hacerse por escrito a la dirección que figura más abajo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa oportunamente. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder para tomar decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar una medida.

Presentar una queja si considera que se vulneran sus derechos

- Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar un reclamo al comunicarse con nosotros mediante la información que figura en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Para hacerlo, puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamar al 1-877-696-6775 o ingresar al sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.

continúa en la siguiente página

Capítulo 11. Avisos legales**Sus derechos (continuación)****Antiguos miembros**

- Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus elecciones en cuanto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos la información con su familia, con sus amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos la información en una situación de ayuda ante catástrofes.

Si no puede decirnos qué prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Objetivos de comercialización
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para los siguientes propósitos.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden.
- Programas o productos relacionados con la salud: MetroPlusHealth puede proveerle información sobre tratamientos médicos, programas, productos y servicios. La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

- Recordatorios: MetroPlusHealth puede usar y divulgar información personal de salud (PHI) sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole un mensaje de texto o una carta) para recordarle sobre una cita para un tratamiento o porque es el momento de que programe una cita para un chequeo de rutina o para aplicarse una vacuna, o para proveerle información sobre alternativas de tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden llegar a interesar.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura.** Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted. El Departamento de Gestión de Calidad de MetroPlusHealth puede usar su información de salud para mejorar la calidad de los programas, los datos y procesos comerciales del Plan. A modo de ejemplo, nuestro personal encargado de gestión de calidad o los enfermeros revisores contratados pueden revisar su historial médico para evaluar la calidad de la atención que usted y todos los miembros del Plan recibieron.

Continúa en la siguiente página

Capítulo 11. Avisos legales**Nuestros usos y divulgaciones (continuación)**

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras —por lo general para contribuir al bien público, tal como a la salud pública e investigaciones. Debemos reunir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Administrar su plan	Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.	Ejemplo: Su empresa nos contrata para que proveamos un plan médico y nosotros le damos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.
Pagar por sus servicios de salud	Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar por sus servicios de salud.	Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de la atención odontológica recibida.
Brindar atención de calidad y prestar servicios de manera eficiente	MetroPlusHealth participa en el intercambio de información de salud operado por Healthix. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y cumple las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA y de las leyes del estado de Nueva York. Este aviso tiene la intención de informar a nuestros pacientes que, como parte de su participación en Healthix, MetroPlusHealth envía/carga electrónicamente la información médica protegida de nuestros pacientes a Healthix. Además, ciertos miembros del personal de MetroPlusHealth están autorizados para acceder a la información de los pacientes a través de Healthix, de conformidad con las reglas aplicables de consentimiento. El consentimiento para acceder a Healthix habitualmente se concede según las circunstancias específicas de cada organización. Sin embargo, los pacientes tienen la opción de negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix. Si le interesa negar a todas las organizaciones el acceso en Healthix a su información médica protegida, puede hacerlo visitando el sitio de internet de Healthix en www.healthix.org o llamando a Healthix al 877-695-4749. La información referente a los pacientes que se encuentra en Healthix proviene de lugares que le han brindado atención médica o de información de seguros de salud (reclamaciones). Estas fuentes de datos pueden incluir a hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de manera electrónica. Hay disponible una lista actualizada de estas fuentes de datos en Healthix. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada en cualquier momento si visitan www.healthix.org o llaman al 1-877-695-4749.	

Capítulo 11. Avisos legales

Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad	<p>Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Evitar enfermedades o Informar reacciones adversas a los medicamentos o Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica o Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.
Realizar investigaciones	<p>Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria.</p>
Cumplir con la ley	<p>Compartiremos información sobre usted si lo requieren las leyes estatales o federales, e incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea corroborar que cumplimos con la ley de privacidad federal.</p>
Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	<p>Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadores o Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley o Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley o Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
Responder a juicios y acciones legales	<p>Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación.</p>
Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información	<p>MetroPlusHealth debe cumplir con leyes adicionales del estado de Nueva York que tienen un nivel mayor de protección para la información personal, especialmente la información relacionada con la condición o el tratamiento del VIH/SIDA; la salud mental; el trastorno por consumo de sustancias y la planificación familiar.</p>

Capítulo 11. Avisos legales

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si se produce un incumplimiento que podría comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.

No usaremos ni compartiremos su información de otras formas distintas a las descritas en este documento, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a compartir o usar su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte el sitio web

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Este aviso entra en vigor a partir del 19 de julio de 2022.

Información de contacto del funcionario de privacidad

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea presentar una queja o ejercer sus derechos descritos arriba, póngase en contacto con:

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- **Teléfono general:** 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Miembros de Medicare:** 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **TTY:** 711
- **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **MetroPlus Health Plan** no excluye a personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MetroPlus Health Plan brinda lo siguiente:

- Servicios y ayudas gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **MetroPlus Health Plan** al 1-800-303-9626. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **MetroPlus Health Plan** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a **MetroPlus Health Plan** de las siguientes maneras:

Correo postal:	50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
Por teléfono:	1-800-303-9626 (si necesita servicios de TTY/TDD, llame al 711)
Fax:	1-212-908-8705
En persona:	50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Correo electrónico:	Grievancecoordinator@metroplus.org

Usted también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

Internet: Portal para Quejas de la
Oficina de Derechos
Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room
509F, HHH Building Washington, DC 20201
Hay formularios de queja disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)



FOLLETO EN MÚLTIPLES IDIOMAS |

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN MÚLTIPLES IDIOMAS

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 866.986.0356. Someone who speaks English and other languages can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 866.986.0356. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 866.986.0356。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 866.986.0356。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libheng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 866.986.0356. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libheng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 866.986.0356. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 866.986.0356 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 866.986.0356. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 866.986.0356 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 866.986.0356. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 866.986.0356. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 866.986.0356 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 866.986.0356. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 866.986.0356. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 866.986.0356. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 866.986.0356. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、866.986.0356にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una institución que funciona exclusivamente con el fin de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es aquella acción que usted emprende si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar la prestación de servicios que recibe actualmente.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (tal como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto permitido de costo compartido del plan. Como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP), usted solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” a usted o de alguna otra manera le cobren un monto mayor que el monto de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que las versiones genéricas del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos, después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas severas o

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coaseguro: Es un monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios y medicamentos recetados después de haber pagados cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación ambiental.

Copago: un monto que quizás deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costo compartido se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que pueda imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento que se le recetó está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado supervisado: el cuidado supervisado es el cuidado personal que se brinda en un hogar de reposo, un hospicio u otro tipo de centro cuando no se requiere atención especializada, ya sea médica o de enfermería. El cuidado de apoyo, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado supervisado.

Tarifa diaria de costo compartido: puede corresponder una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes entero de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro para un mes. A continuación mostramos un ejemplo: Si su copago para un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es para 30 días, su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que pague nuestro plan.

Desafiliar o Desafiliación: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Pago por expendio: Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare en función del estado y la elegibilidad del individuo.

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o el funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) provistos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información sobre divulgación: el presente documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa estatal o de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Normalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, aunque, por lo general, cuesta menos.

Reclamo: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja concerniente a la calidad de la atención. No incluye disputas de cobertura o de pago.

Asistente de salud en el hogar: una persona que provee servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta registrados, tal como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los hospicios disponibles en su área geográfica. Si usted elige un hospicio y continúa pagando las primas,

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir los servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría considerarse un “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly

Adjustment Amount, IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo que se reportó en su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años son superiores a cierto monto, deberá pagar el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido por sus siglas en inglés como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura bajo la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y los que su plan ha pagado en su nombre a lo largo del año, lleguen a \$4,660.

Período de inscripción inicial: Al momento de cumplir con los requisitos para ser elegible para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que se inicia 3 meses antes de su cumpleaños 65, incluye el mes de su cumpleaños 65 y finaliza 3 meses después de cumplir 65.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados; y/o otros centros aprobados por los CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) centros de LTC específicos.

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP): un Plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de cuidado institucional en base a la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando el mismo nivel estatal respectivo para la herramienta de evaluación de cuidado y debe ser administrado por una entidad distinta de 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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para asegurar una prestación uniforme de la atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): ver “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: el monto máximo de desembolso personal que usted paga durante el año calendario por servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso personal. Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. **Nota:** Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso.

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 estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por cierta documentación de referencia.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años que presentan determinadas discapacidades y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii)

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

un PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). 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**.

Programa de Descuentos de la Brecha en la Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha en la cobertura y que no estén recibiendo la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término «servicios cubiertos por Medicare» no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, odontológicos o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidados Integrales para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza de “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo sirven con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan, o “miembro del plan”): una persona que tiene Medicare que califica para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con el plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o “Medicare de Tarifa por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en montos que son establecidos por el Congreso. Usted puede tratarse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

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. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

Costos de desembolso personal: vea la definición anterior para “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de “bolsillo”.

Plan PACE: un Programa de Cuidados Integrales para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas frágiles, que ayudan a las personas a permanecer independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de reposo) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Determinadas categorías de medicamentos fueron excluidas por el Congreso como medicamentos de la Parte D cubiertos. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto añadido a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare, si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de 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 parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más elevado cuando se reciben beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de bolsillo por servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Dispositivos protésicos y suministros relacionados: dispositivos médicos, incluyendo, entre otros, soportes para piernas, brazos y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para remplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta o por un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud particular. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener sus servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de cuidados de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Período de inscripción especial: un período de tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. Algunas de las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” para el costo de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como aquellas que tienen tanto Medicaid como Medicare, que residen en un hogar de reposo y que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años en adelante. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de necesidad urgente: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios.

Servicios al Miembros de MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)

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

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York)

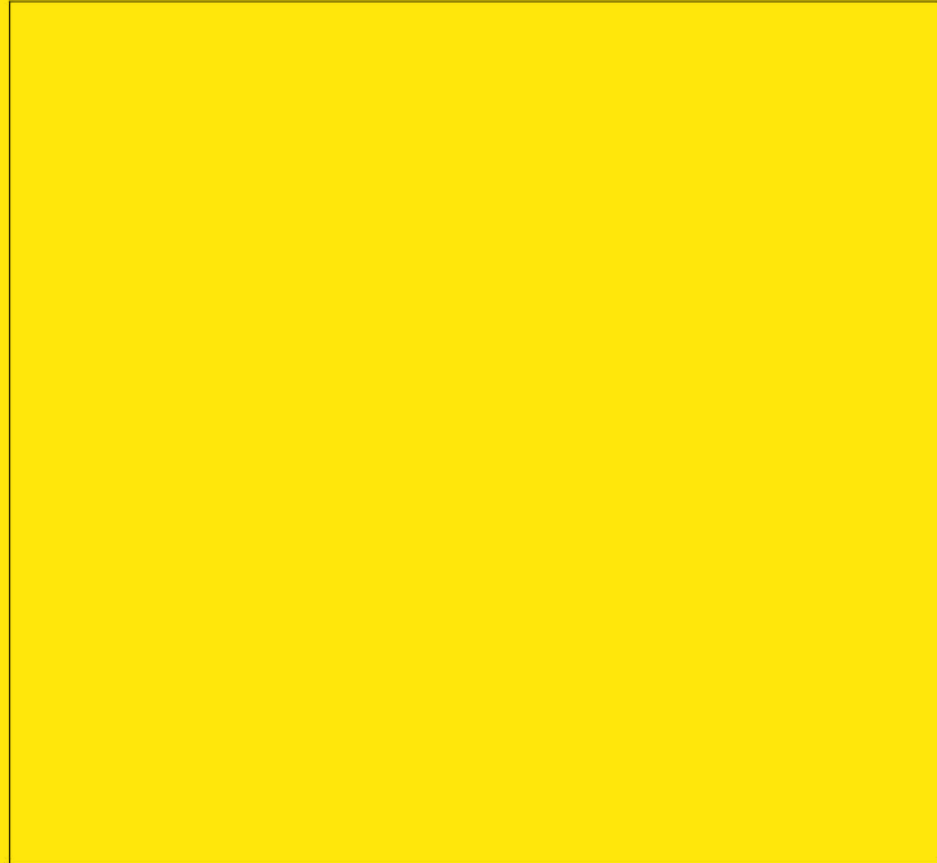
El HIICAP es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local gratuita sobre seguros médicos para las personas que cuentan con cobertura de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBA A	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	http://www.nyconnects.ny.gov/

Declaración de divulgaciones de la PRA Según la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se exige a nadie que responda a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto de los Estados Unidos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la recolección de esta información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



[METROPLUSMEDICARE.ORG](https://metroplushelp.org)

**PLEASE CALL OUR 24/7 HELP LINE
AT 866.986.0356 (TTY: 711) AND A
REPRESENTATIVE WILL ASSIST YOU.**

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.