

2026

EVIDENCE OF COVERAGE

METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO)



ESPAÑOL

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Su cobertura de beneficios y servicios médicos y de medicamentos de Medicare como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Este documento proporciona detalles sobre su cobertura médica y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Para hacer preguntas sobre este documento, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.

MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece este plan, el MetroPlus Platinum Plan (HMO). (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 Platinum Plan (HMO).)

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

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

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso de los cambios que pueden afectar su caso con una anticipación de al menos 30 días.

H0423_MEM26_3588es_C Accepted_10072025

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Usted es miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO)	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía.....	7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1 Contactos de MetroPlus Platinum Plan (HMO)	19
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)	24
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	25
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).....	31
SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos.....	33
SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	39
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de servicios cubiertos?.....	42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	42
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	44
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad del equipo médico duradero	46

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)	48
SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso personal para servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos, se indican sus beneficios médicos y los costos	50
SECCIÓN 3 Los servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones)	93
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D.....	96
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....	96
SECCIÓN 2 Surtá su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	97
SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la Lista de medicamentos de nuestro plan	101
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura	104
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría.....	105
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	107
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	110
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	111
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	112
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos	113
CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D.....	117
SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D	117
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de <i>MetroPlus Platinum Plan (HMO)</i>	120
SECCIÓN 3 En su <i>Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D</i> , se indica en qué etapa de pago está usted.	120
SECCIÓN 4 La Etapa de deducible	122
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial	122
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica	127
SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales	127
SECCIÓN 8 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D	127
CAPÍTULO 7: Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	130
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de nuestra parte de servicios o medicamentos cubiertos	130

Tabla de contenidos

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió	133
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	134
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		135
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales....	135
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	142
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		144
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	144
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	145
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema	146
SECCIÓN 4	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	146
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	150
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	159
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que se le otorga el alta demasiado pronto	170
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	176
SECCIÓN 9	Cómo llevar sus apelaciones al nivel 3, 4 y 5	181
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes	184
CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan		189
SECCIÓN 1	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	189
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	189
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	193
SECCIÓN 5	MetroPlus Platinum Plan (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	193
CAPÍTULO 11: Avisos legales		196
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	196
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	196

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	197
NOTICE OF AVAILABILITY 	210
LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES.....	210
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	212

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en MetroPlus Platinum Plan (HMO), que es un plan HMO de Medicare.

Cuenta con cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, MetroPlus Platinum Plan (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de este plan son diferentes de los de Original Medicare.

MetroPlus Platinum Plan (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO son las siglas de *Health Maintenance Organization* [Organización de Mantenimiento de la Salud]) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MetroPlus Platinum Plan (HMO) 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 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 Platinum Plan (HMO) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de MetroPlus Platinum Plan (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Todos los años, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan MetroPlus Platinum Plan (HMO). Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan si elegimos continuar ofreciéndolo y si Medicare renueva su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan, siempre y cuando cumpla todas estas condiciones:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o tiene una condición migratoria lícita allí.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para MetroPlus Platinum Plan (HMO)

El plan MetroPlus Platinum Plan (HMO) está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si se muda del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su domicilio postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 800.772.1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778).

Sección 2.3 Ciudadano de EE. UU. o condición migratoria lícita en ese país

Debe ser ciudadano de EE. UU. o tener una condición migratoria lícita allí para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MetroPlus Platinum Plan (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este criterio. MetroPlus Platinum Plan (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



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 MetroPlus Platinum Plan (HMO), es posible que deba pagar todo el costo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que muestre la tarjeta si necesita servicios hospitalarios o 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, se extravía o es robada, llame inmediatamente a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores/farmacias* en metroplusmedicare.org enumera nuestros actuales 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, hospitalares 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 el monto total. 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 recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que MetroPlus Platinum Plan (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores figura en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (electrónica o impresa) llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Las copias impresas del *Directorio de proveedores* que se soliciten se enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos recetados están cubiertos en el beneficio de la Parte D que se incluye en el plan MetroPlus Platinum Plan (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en la Lista de medicamentos, a menos que se hayan quitado y reemplazado como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de MetroPlus Platinum Plan (HMO).

La Lista de medicamentos también indica si hay normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite metroplus.org/plans/medicare o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

Sus costos en 2026	
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Para obtener más detalles, consulte la sección 4.1.	\$58.80
Monto máximo de desembolso personal Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la sección 1 del capítulo 4).	\$9,250
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$40 por visita
Hospitalizaciones	Por período de beneficios: • Días 1 a 8: copago de \$225 por día • Días 9 a 90: copago de \$0 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte la sección 4 del capítulo 6).	\$615 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
(Consulte el capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las Etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura catastrófica).	Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Sus costos en 2026

- Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): 25 % de coaseguro
- Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro
Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Etapa de cobertura catastrófica:

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

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 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual para el plan MetroPlus Platinum Plan (HMO) es de \$58.80.

Si usted ya recibió ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicarse a su caso**. Le enviamos un documento independiente, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados* (también conocido como *Anexo de subsidio por bajos ingresos [LIS]* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo LIS*. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

En algunas situaciones, nuestra prima del plan puede ser inferior

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Entre estos programas se encuentran Extra Help y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. *O BIEN*, el programa Extra Help ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información sobre estos programas, consulte la sección 7 del capítulo 2. Si califica, inscribirse en uno de estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

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, revise la sección denominada *Costos de Medicare para 2026* de su copia del manual *Medicare y Usted 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare ([medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o pida una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando las primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan**. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar la prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en 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 u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos 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 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. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

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

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Transcurrió menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Usted puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Guarde esta información porque podría necesitarla si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** La carta o el aviso debe indicar que usted gozó de una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se esperaba que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento de medicamentos no constituyen una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

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

- Si transcurrió 63 días o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de convertirse en elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que estuvo sin una cobertura acreditable. Por ejemplo, si transcurre 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare del país en función del año anterior (prima básica nacional para beneficiarios). Para 2025, el monto promedio de la prima fue de \$36.78. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional para beneficiarios y redondee el monto a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería 14 % por \$36.78, lo cual equivale a \$5.14. Esto se redondearía a \$5.14. Este monto se sumaría **a la prima mensual del plan en el caso de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta acerca de la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **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.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Luego de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tuvo cobertura después de su período de inscripción inicial 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 pedir 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 inscribirse en 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 (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado y modificado, según se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto supera determinado importe, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si tiene que pagar un IRMAA 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 Ferroviarios 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 IRMAA adicional al Gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para consultar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 800.772.1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778).

Sección 4.6 Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar sus medicamentos recetados (en lugar de pagarlos en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted adeuda por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

La sección 7 del capítulo 2 brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima del plan

Existen dos formas en las que puede pagar su prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

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

Los pagos se deben enviar a:

MetroPlus Health Plan
P.O. 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: Dedución de las primas del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma de pago de la prima del plan. Si decide cambiar cómo paga su prima del plan, la entrada en vigor del nuevo método de pago puede demorar hasta 3 meses. Mientras procesamos su nuevo método de pago, sigue siendo su responsabilidad asegurarse

de que su prima se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios al Miembro.

En caso de problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan debe pagarse en nuestra oficina antes del último día del mes. Si no recibimos su pago a más tardar el *último día del mes*, le enviaremos un aviso que le informará que su membresía del plan finalizará si no recibimos su prima en un plazo de 90 días. Si debe una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos derivarlo a programas que le ayuden con sus costos. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima, tendrá cobertura médica con Original Medicare. Es posible que no pueda obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si no tiene una cobertura acreditable de medicamentos por más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que dure su cobertura de la Parte D).

Al momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba las primas impagadas. Tenemos derecho a cobrar el monto adeudado. O bien, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, 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”). Si se le presentó una emergencia que no estaba bajo su control y por ello no pudo pagar las primas del plan, dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para averiguar cómo presentar una queja o llámenos al 866.986.0356 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que finalice su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de nuestra prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para Extra Help o pierde su elegibilidad para este programa durante el año, la parte de la prima del plan que usted paga podría cambiar. Si califica para Extra Help con sus costos de cobertura de medicamentos, Extra Help paga parte de su prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para Extra Help durante el año, tendrá que comenzar a pagar toda la prima mensual del plan. Puede obtener más información sobre Extra Help en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga 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 de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de nuestra red del plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Debe informarnos si presenta alguno de estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (tal como la que le suministra su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho o su compensación laboral o Medicaid)
- Reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito
- Si es admitido en un hogar de reposo
- Si usted recibe cuidados de salud 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 participa en 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Llame al Seguro Social al 800.772.1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que coordinemos la otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier otra cobertura médica 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Puede que deba proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (el “pagador secundario”) solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan médico grupal de su empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud 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 (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted o su familiar aún trabaja, su plan de salud 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 o pareja de hecho) aún trabaja, su plan de salud 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 de salud 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 los servicios cubiertos de Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes médicos grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Para recibir ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, escriba a Servicios al Miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO) o llame al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Lo ayudaremos con gusto.

Servicios al Miembro – Información de contacto	
Llame al	866.986.0356 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
Fax	212.908.5196
Escriba	MetroPlusHealth Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
Sitio web	metroplusmedicare.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame	866.986.0356 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
Fax	Decisiones de cobertura: 212.908.4401 Apelaciones: 212.908.8824
Escriba	Decisiones de cobertura: MetroPlus Health Plan Utilization Management 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Apelaciones: Correo regular: MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Entrega en persona: MetroPlus Health Plan

	Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004
Sitio web	metroplusmedicare.org

Cómo presentar 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.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

Llame	866.986.0356 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
Fax	212.908.5196
Escriba	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre MetroPlus Platinum Plan (HMO) directamente ante Medicare, visite medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago; reclamaciones médicas de la Parte C: información de contacto

Escriba	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004
Sitio web	metroplusmedicare.org

Solicitudes de pago; facturas de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Llame al	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	855.633.7673
Escriba	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Sitio web	metroplusmedicare.org

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	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.
Chatee en vivo	Puede hacerlo en medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	medicare.gov <ul style="list-style-type: none">• Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y qué servicios proporcionan.• Busque a médicos, proveedores de atención médica y otros distribuidores que participen en Medicare.• Consulte qué cubre Medicare, incluidos servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”).• Obtenga formularios e información sobre las apelaciones ante Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los hogares de reposo, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo.

- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para informar a Medicare toda queja que tenga sobre MetroPlus Platinum Plan (HMO).

Para presentar una queja ante Medicare, visite [medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del Gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP).

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

Los asesores del 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 asesores del HIICAP también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder sus preguntas sobre cambios de planes.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Nueva York, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta (también conocida como “Commence Health”).

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

Contacte a Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Entre los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención, se incluye recibir medicamentos incorrectos, pruebas y procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Piensa que la cobertura para su hospital termina muy pronto.
- Considera que la cobertura de la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatorio (CORF) termina muy pronto.

Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Nueva York): información de contacto

Llame	866.815.5440 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
TTY	866.868.2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un

uento 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.

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informárselo.

Seguro Social: información de contacto

Llame al	800.772.1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Use el servicio telefónico automático del Seguro Social para recibir información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	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 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio web	ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los Gobiernos 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. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas que tienen cobertura de Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (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 (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que Califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras que Califican (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorros de Medicare, póngase en contacto con Medicaid del estado de Nueva York. Para obtener información de Medicaid, puede llamar al programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 800.541.2831 (TTY: 888.329.1541). También puede visitar el sitio web de Medicaid de Nueva York (health.ny.gov/health_care/medicaid).

Programa Medicaid del estado de Nueva York: información de contacto

Llame al	800.541.2831 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 1 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Puede escribir al Departamento de Servicios Sociales de su localidad (LDSS, por sus siglas en inglés). Encuentre la dirección de su LDSS en: health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
Sitio web	health.ny.gov/health_care/medicaid

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos recetados

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

Extra Help de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Extra Help para ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si usted califica, puede obtener ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su

plan de medicamentos de Medicare. Extra Help también cuenta para los costos de desembolso personal.

Si es elegible automáticamente para Extra Help, Medicare le enviará una carta violeta por correo para hacérselo saber. Si no es elegible automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Extra Help, haga lo siguiente:

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778.

Cuando solicite Extra Help, también puede iniciar el proceso de solicitud para un programa de ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Extra Help.

Si califica para Extra Help y considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener pruebas del monto de copago correcto. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirlas con nosotros.

- Para solicitar asistencia para obtener las mejores pruebas disponibles o información sobre cómo enviarlas a MetroPlus Health Plan, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando adquiera su próximo medicamento recetado. Si paga de más por su copago, se lo devolveremos ya sea con un cheque o con crédito en un copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y usted le debe, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), Extra Help de Medicare paga primero.

El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de Nueva York se denomina Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC). Ayuda a personas mayores de 65 años en adelante con ingresos bajos a moderados a pagar medicamentos recetados. Puede llamar al 800.332.3742 (TTY: 1.800.290.9138) para obtener más información o pedir una solicitud.

¿Qué sucede si usted tiene Extra Help y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/sida a acceder a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH que No Tienen Seguro, el ADAP.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, lo que incluye pruebas de la residencia en dicho estado y la condición del VIH, de los bajos ingresos (según lo establecido por el estado) y de la situación de falta de seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (ADAP) al 800.542.2437, TTY 518.459.0121, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC).

EPIC (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.332.3742
	De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	800.290.9138

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: nysdohepic@magellanhealth.com
Sitio web	health.ny.gov/health_care/epic

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de desembolso personal de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para ello, se distribuyen los costos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Toda persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O bien, visite medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: información de contacto

Llame al	866.986.0356 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos 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. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
Fax	212.908.5196
Escriba	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
Sitio web	metroplusmedicare.org

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

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

Llame al	877.772.5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, los lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m.; y los miércoles, de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para conectarse con la línea de ayuda automatizada de la RRB y escuchar información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	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 Si tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o de su grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Puede preguntar sobre beneficios médicos, primas o el período de inscripción de su empleador o de su grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227) para consultar sobre su cobertura de Medicare en este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para cubrir su atención médica. Para obtener detalles de qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, 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. Acordamos 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 del capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se explican en el capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Por ser un plan médico de Medicare, MetroPlus Platinum Plan (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y respetar las normas de cobertura de Original Medicare.

MetroPlus Platinum Plan (HMO) en general cubrirá su atención médica siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** del capítulo 4.
- **La atención que obtiene se considera médicaamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan 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 provea atención médica y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la sección 2.1).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado (una remisión) 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. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP en casos de atención de emergencia o de servicios de necesidad urgente. Para obtener más información sobre otras clases de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la sección 2.2.
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (vaya a la sección 2). En la mayoría 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 tiene que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. Existen tres excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de necesidad urgente que proporciona un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y consultar qué significan servicios de emergencia o de necesidad urgente, consulte la sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare 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, excepto en circunstancias limitadas. En este caso, debe pagar lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para atenderse con un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4.
 - Nuestro 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 ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro 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 de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro 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 qué hace por usted?

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 de nuestro 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 elegir a un 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/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 nuestros registros. 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.

Cómo cambiar de PCP

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 que usted deba elegir un nuevo PCP.

Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro y lo 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 coordinar esta atención.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin la remisión del PCP

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

- Atención médica rutinaria para mujeres, incluido el examen de las mamas, las mamografías preventivas (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, para la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia que brinden los proveedores que se encuentran dentro o fuera de la red.

- Los servicios de necesidad urgente cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido a su hora, lugar y circunstancias recibir el servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones imprevistas o la reactivación inesperada de enfermedades existentes. Las visitas a proveedores de rutina médica necesarias (como chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente, aunque esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. De ser posible, comuníquese con Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio, a fin de que podamos hacer las gestiones para que reciba su diálisis regular mientras esté ausente. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- Para otros servicios que puedan necesitar remisiones, consulte el capítulo 4 de esta Evidencia de cobertura (EOC) o comuníquese con Servicios al Miembro.

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. Por ejemplo:

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

Hay algunos servicios médicos que requieren permiso de MetroPlusHealth 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:

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no

contratado, pueden consultar al plan antes de que se provea un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se tome por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si respondemos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión de cobertura de nosotros o quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a otro proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si lo consultó en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para la continuación de la atención.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médica mente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le daremos información sobre períodos de inscripción disponibles y opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos los beneficios cubiertos médica mente necesarios fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos 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 nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.

- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para remplazar 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, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el capítulo 9).

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

Si no hay ningún especialista en MetroPlusHealth 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 MetroPlusHealth.

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.

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 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 en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Cómo recibir atención si usted tiene una emergencia médica

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, una lesión, un dolor agudo o una afección 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 o una remisión de su PCP. No es necesario

que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red. MetroPlus Platinum Plan (HMO) cubre atención de emergencia únicamente en EE. UU. y sus territorios.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Esta llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

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

Después de que la emergencia termine, tiene derecho a obtener atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se stabilice. Sus médicos seguirán atendiéndolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. Su atención de seguimiento estará 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, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe de una de las siguientes 2 maneras:

- Recibe atención adicional de un proveedor de la red.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de necesidad urgente y usted cumple las siguientes normas para recibir dicho cuidado.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido a su hora, lugar y circunstancias recibir el servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones imprevistas o la reactivación inesperada de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas a proveedores de rutina médica necesarias, tal como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente, aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

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 temporal 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/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.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente ni ningún otro tipo de servicio en caso de atención recibida fuera de los 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 Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir la atención de nuestro plan.

Visite metroplus.org para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5, sección 2.5.

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

Si pagó más que nuestro costo compartido del plan por servicios cubiertos o recibe una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

MetroPlus Platinum Plan (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, 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 haber usado todo su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. En el caso de todos los servicios cubiertos por Medicare, los costos de bolsillo que pague por estos beneficios después de haber alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de costos de bolsillo anual. Usted puede llamar a Servicios al Miembro cuando quiera saber cuánto de su beneficio ya ha usado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una 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. La aprobación de ciertos estudios de investigación clínica está a cargo de Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente piden voluntarios para participar en dicho estudio. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos 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. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

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 suministran su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencias [NCD-CED] y estudios con exención de dispositivo de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita 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 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 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare 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 paga 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 el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuál es el monto de costo compartido que pagó. Consulte al capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Digamos que, como parte de un estudio de investigación, debe hacerse una prueba de laboratorio que cuesta \$100. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 bajo Original Medicare, pero la prueba 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 Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente \$10. Su pago neto por la prueba es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por lo siguiente:**

- En general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se encuentra bajo estudio, a menos que Medicare se haga cargo de dicho artículo o servicio, aunque usted no forme parte de un estudio.
- Artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos y que no se relacionan directamente con el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría la realización de una única tomografía.
- Artículos y servicios proporcionados por patrocinadores de investigaciones sin cargo para las personas del ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica* de Medicare, disponible en medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227); los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

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

Sección 6.1 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 cubriremos la 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 conciencia a recibir tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** hacen referencia a cualquier atención o tratamiento médicos que sea *voluntario* y *no se requiera* en virtud de ninguna ley local, estatal o federal.
- 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplica la siguiente condición:
 - 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 al centro, o su estadía no será cubierta.

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 pacientes hospitalizados (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 Usted no será el propietario del equipo médico duradero luego de realizar determinada cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 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 que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis. Usted debe alquilar otros tipos de DME.

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 Platinum Plan (HMO), usted, por lo general, no será propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias muy limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

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

Si no obtuvo la propiedad 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 de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

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. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba 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. No se contabilizan los pagos que ya haya realizado (a nuestro plan o a Original Medicare).

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, MetroPlus Platinum Plan (HMO) 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 Platinum Plan (HMO) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor provee el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, y se vuelve a requerir que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza otra vez.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso personal para servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO). Esta sección también proporciona información sobre servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de desembolso personal que usted podría pagar por servicios cubiertos

Los tipos de costos de desembolso personal que usted puede pagar por sus servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Deducible:** es la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan pague su parte.
- **Copago:** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene determinados servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos contiene más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos contiene más información sobre sus coaseguros).

La mayoría de las personas que califican para la cobertura de Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coaseguros. Si pertenece a uno de estos programas, asegúrese de mostrarle su comprobante de elegibilidad de Medicaid o de QMB a su proveedor.

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

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de desembolso personal (MOOP) para los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de \$9,250.**

Los montos que paga en concepto de copagos y coaseguros por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan como parte de este monto máximo de desembolso personal. Los montos que usted paga por la prima del plan y los medicamentos de la Parte D 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 costos de bolsillo. Estos servicios se abordan en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso personal de \$9,250, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal durante el resto del año por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden realizar facturación de saldo

Como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO), tiene una importante medida de protección porque, al recibir los servicios cubiertos por nuestro plan, solo debe pagar la cantidad que le corresponde de costos compartidos. Los proveedores no pueden facturarle por cargos separados adicionales, denominados **facturación de saldo**. Esta medida de protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio y aunque surja una disputa y nosotros no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona la medida de protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (un monto establecido en dólares, por ejemplo, \$15.00), solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto ofrecido por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca deberá pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de a qué tipo de proveedor consulte:
 - Si usted obtiene servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se determina en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).

- Si usted obtiene servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que participa de Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted recibe una remisión o para emergencias o servicios de necesidad urgente).
- Si usted obtiene servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted recibe una remisión o para emergencias o servicios de necesidad urgente fuera del área de servicio).
- Si piensa que un proveedor le ha hecho la facturación de saldo, comuníquese con Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos, se indican sus beneficios médicos y los costos

La Tabla de beneficios médicos que aparece en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre MetroPlus Platinum Plan (HMO) y qué montos de costos de desembolso personal debe pagar por cada servicio (la cobertura de medicamentos 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 deben brindarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (lo que incluye la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicalemente 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.
- En caso de afiliados nuevos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, aunque el tratamiento fuera para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe su atención 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 una emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que le paga al proveedor la totalidad de los servicios que recibe fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación por anticipado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación de nuestra parte 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.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros detalles importantes sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todos lo que Original Medicare cubre. Para algunos de estos beneficios, usted paga **más** en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga **menos**. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Puede verlo en línea en medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1.800.633.4227]; los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048).
- En el caso de servicios preventivos que Original Medicare cubre sin costo, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica preexistente durante la visita en que obtiene el servicio preventivo, se aplicará un copago en concepto de la atención recibida por dicha afección.
- Si Medicare suma cobertura de cualquier servicio nuevo durante el 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana indica los servicios preventivos de la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Qué paga usted
Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido por única vez para pacientes en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si tiene remisión para ello por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura para del dolor crónico en la región lumbar* Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:	20 % de coaseguro. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un dolor que haya durado 12 semanas o más;• 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. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden practicar acupuntura de acuerdo con los requisitos del estado correspondientes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA); los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley; y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,• una licencia 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. <p>El personal auxiliar que practique acupuntura debe tener el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras normas, que se</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
encuentran en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR).	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea una situación de emergencia o no, 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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una</p> <p>Servicios de ambulancia* (continuación)</p> <p>situación de emergencia, debe documentarse 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>	<p>Copago de \$100 por viaje de ida.</p> <p>El copago no se aplica si se lo ingresa en el hospital.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
 Visita anual de bienestar <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 <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya ocurrido a una visita <i>Bienvenido a Medicare</i> para que sus visitas anuales de bienestar tengan cobertura luego de que haya tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses.</p>	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.
 Medición de la masa ósea	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por las

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Para personas que califiquen (suelen ser personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia de ser médicalemente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye una interpretación médica de los resultados.</p>	mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.
<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 	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.
<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.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	Copago de \$0.
<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>	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva relacionada con la enfermedad cardíaca.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares 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>	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
<p> Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina 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 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. 	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
<p>Servicios quiroprácticos* Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. 	Copago de \$15 por cada visita. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
<p>Servicios de control y tratamiento del dolor crónico* Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Entre los servicios, se pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos, y coordinación y planificación de la atención.</p>	Los costos compartidos de este servicio dependerán de los servicios individuales proporcionados durante el tratamiento. 20 % de coaseguro. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
<p>Servicios de control y tratamiento del dolor crónico* (continuación)</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes exámenes de detección están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopía no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopía flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección.• Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan alto riesgo de tener cáncer colorrectal; cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopía flexible de detección o colonoscopía de detección. En el caso de pacientes con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el pago podría hacerse para una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopía de detección.• Sigmoidoscopía flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que se hayan realizado una colonoscopía de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopía flexible o colonografía por tomografía computarizada.• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses.• ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si el médico encuentra y extirpa un pólipos u otro tejido durante la colonoscopía o la sigmoidoscopía flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a coaseguros. Hay un 20 % de coaseguro por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Los exámenes de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de detección de seguimiento después de un resultado positivo de un examen de detección de cáncer colorrectal no invasivo basado en heces y cubierto por Medicare. Entre los exámenes de detección de cáncer colorrectal, se incluyen una sigmoidoscopía flexible planificada o una colonoscopía, que consta de la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con el mismo encuentro que el examen de detección, como resultado de él o en él. 	
<p>Servicios odontológicos*</p> <p>En general, Original Medicare no cubre servicios odontológicos preventivos (por ejemplo, limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas). Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales antes de un trasplante de órganos.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
 Prueba de detección de depresión <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>
 Prueba de detección de diabetes	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para las</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno estos 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>Usted podría ser elegible para 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses como máximo, a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
<p> Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar 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 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 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>20 % de coaseguro por suministros para monitorear su glucosa en sangre.</p> <p>20 % de coaseguro por plantillas o zapatos terapéuticos.</p> <p>Copago de \$0 por capacitación en automanejo de la diabetes.</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>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*</p> <p>(En el capítulo 12 y 13, encontrará la definición de “equipo médico duradero”)</p> <p>Entre los artículos cubiertos se incluyen los siguientes: 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.</p> <p>Hemos incluido una lista de los proveedores de DME cubiertos en nuestro Directorio de proveedores/farmacias. La lista muestra las marcas y fabricantes de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que cubrimos. Esta lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.</p> <p>En general, el MetroPlus Platinum Plan (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original que sea de las marcas y de los fabricantes que se incluyen en la lista mencionada. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos expliquen que la marca es la adecuada para atender sus necesidades médicas. Si usted es nuevo en MetroPlus Platinum Plan (HMO) y utiliza un equipo médico duradero de una marca que no se encuentra en la lista, lo seguiremos cubriendo durante un plazo máximo de 90 días. Durante dicho plazo, deberá hablar con su médico y decidir qué marca es adecuada desde el punto de vista médico después del plazo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, podrá pedirle que lo remita para recibir una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, podrá presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión que tomó su</p>	<p>20 % de coaseguro.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un 20 % de coaseguro cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>proveedor con respecto a qué producto o marca corresponde para su afección médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el capítulo 9).</p> <p>Cuidados 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, cree 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, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que los de los servicios que recibe dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura se ofrece solo dentro de Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$100 por visita.</p> <p>El copago no se aplica si se lo ingresa en el hospital dentro de un plazo de 3 días.</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 trasladarse a un hospital de nuestra red con el fin de que se siga cubriendo su atención, <i>O BIEN</i>, deberá quedar hospitalizado en un hospital fuera de la red que haya sido autorizado por nuestro plan y el costo que deberá pagar será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</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 ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de \$20 por exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio.</p> <p>Copago de \$20 por examen de audición de rutina.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: hasta 1 cada año • Audífono (todos los tipos): hasta 1 cada 3 años (beneficio máximo de \$500 para ambos oídos cada 3 años) • Ajuste/evaluación de audífonos: 1 cada año 	<p>Copago de \$20 por ajuste y evaluación de audífonos.</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>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>En el caso de las personas que soliciten un examen de detección de VIH o 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>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para realizarse el examen preventivo de detección de VIH que cubre Medicare.</p>
<p>Atención brindada por una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted los necesita y 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>Entre los servicios cubiertos, se incluyen 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) 	<p>Copago de \$0.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	
<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 su 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>Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro 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>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Es elegible para recibir el beneficio de hospicio si su médico y el director médico del hospicio le han comunicado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se le informó que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses de vida o menos si la enfermedad continúa su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos que poseemos o controlamos, o en los que</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no MetroPlus Platinum Plan (HMO), paga por los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>tenemos un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Atención de relevo a corto plazo• Atención en el hogar	Copago de \$0 por consulta de hospicio por única vez.
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico terminal:</p> <p>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 participe en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare pague. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p>En el caso de servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita un servicio que no es una emergencia ni es urgente, que está cubierto bajo la Parte A y la Parte B de Medicare que no está relacionado con su condición terminal, su costo por dicho servicio 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).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtenerlo, solo	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>debe pagar el monto de costo compartido de nuestro plan por servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido establecido de Original Medicare. <p>En el caso de los servicios que cubre MetroPlus Platinum Plan (HMO), pero que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare: MetroPlus Platinum Plan (HMO) continuará cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni por la Parte B, independientemente de si están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted debe pagar el monto correspondiente a los costos compartidos de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si los medicamentos no están relacionados con su condición de enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su condición terminal de hospicio, paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención que no se relacione con su diagnóstico terminal), comuníquese 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>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas contra la neumonía	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicaamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contagio de hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si es un paciente de riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para más información, consulte la sección 8 del capítulo 6.</p>	
<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 pacientes hospitalizados 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>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente hospitalizado en el hospital. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre “60 días de reserva de por vida”. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera el plazo</p>	<p>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <p>Días 1 a 8: copago de \$225 por día.</p> <p>Días 9 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p>60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados 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 más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Atención hospitalaria para paciente hospitalizado* (continuación)</p> <p>de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de atención hospitalaria para paciente hospitalizado estará limitada a 90 días por período de beneficios.</p> <p>Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicaamente 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>• En algunas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si 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</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>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 Platinum Plan (HMO) proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener el trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte que correspondan para usted y un acompañante</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza solamente 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.• Servicios médicos <p>Nota: A fin de que se lo admita como paciente hospitalizado, su proveedor debe preparar una orden para ingresar formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no sabe si es un paciente hospitalizado o uno ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos está disponible en medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente hospitalizado en el hospital. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital después de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre “60 días de reserva de por vida”. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera el plazo de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de atención hospitalaria para paciente hospitalizado estará limitada a 90 días por período de beneficios.</p> <p>Hay un límite de reserva de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente. 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>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <p>Días 1 a 8: copago de \$195 por día.</p> <p>Días 9 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p>60 días de reserva de por vida: copago de \$0 por día.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización que no está cubierta*</p> <p>Si agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si su hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos los costos de su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de médicos.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio.</p> <p>Copago de \$0 por radiografías.</p> <p>Copago de \$0 por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de radiología terapéutica.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • 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 utilizados 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 a un cambio de la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	<p>Copago de \$0 por suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>Copago de \$0 por dispositivos protésicos.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<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 (incluyen 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, quizá pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Si es necesario que continúe con su tratamiento el siguiente</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>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
año calendario, un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión cada año.	
Desintoxicación controlada médica como paciente hospitalizado (en el hospital)*	Copago de \$0 *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Desintoxicación controlada médica como paciente hospitalizado (en el hospital)*	Copago de \$0 *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Desintoxicación supervisada médica como paciente ambulatorio (en el hospital)*	Copago de \$0 *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
 Programa de Prevención contra la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios de MDPP están cubiertos para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. 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 a fin de superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos tienen cobertura en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son los siguientes:	20 % de coaseguro. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios. * Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios.Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médica necesaria).Otros medicamentos que se administran a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan.El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a los costos totales. Hable con su médico sobre las tomografías y las pruebas que posiblemente necesite como parte del tratamiento.Factores de coagulación que se autoadministran a través de una inyección, si usted padece de hemofiliaMedicamentos inmunosupresores o para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.Medicamentos inyectables contra la osteoporosis si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con tener	<p>La insulina cubierta bajo la Parte B (por ejemplo, la insulina administrada mediante una bomba que califica como un artículo de equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés]) no superará \$35 en total para un suministro de un mes y no se aplicará el deducible de la Parte B de Medicare.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> <p>* Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse dicho medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión correspondiente.• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.• Medicamentos antieméticos orales: Medicare cubre los medicamentos antieméticos orales que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.• Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.• Algunos medicamentos para hacer diálisis en el hogar, incluyendo heparina, antídoto para la heparina cuando sea médicalemente necesario y anestésicos tópicos.• Agentes estimulantes de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: metroplus.org/Plans/Medicare/prescription-drug-information.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos establecidas en nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos 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 paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>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. Consulte a su médico o profesional de atención primaria si necesita más información.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección de obesidad ni para la terapia.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides*</p>	Copago de \$0.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Terapia por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapias (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados 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 	<p>20 % de coaseguro por radiografías.</p> <p>20 % de coaseguro por radiología, procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> <p>20 % de coaseguro por servicios de radiología terapéutica.</p> <p>20 % de coaseguro por suministros médicos y quirúrgicos.</p> <p>20 % de coaseguro por servicios de laboratorio.</p> <p>Copago de \$0 por cada pinta de sangre (a partir de la cuarta pinta).</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como TC, IRM, electrocardiograma (ECG) y tomografía TEP, cuando el médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico.• Otras pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.	*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
<p>Observación hospitalaria como paciente ambulatorio</p> <p>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.</p> <p>Para que los servicios de observación como 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 las normas del personal del hospital para admitir a pacientes y ordenar la realización de pruebas a pacientes ambulatorios.</p>	20 % de coaseguro.
<p>Nota: A menos que el proveedor haya ordenado que sea ingresado 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 ser considerado un paciente ambulatorio. Si no sabe si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos está disponible en medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800.MEDICARE</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
(1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicaamente necesarios que reciba en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya ordenado que sea ingresado 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 ser considerado un paciente ambulatorio. Si no sabe si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p>	20 % de coaseguro por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
<p>Atención de salud mental como paciente ambulatorio*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	Copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o un médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar (LMFT), un enfermero especializado (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, 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 ambulatoria (CORF).</p>	<p>Copago de \$25 por cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Servicios para el trastorno por consumo de sustancias como paciente ambulatorio</p> <p>Atención de salud mental como 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 \$40 por cada visita de terapia individual o grupal.</p>
<p>Cirugía como paciente ambulatorio, incluidos los servicios en instalaciones ambulatorias hospitalarias y en centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a cirugía en una instalación hospitalaria, deberá consultarle a su proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o uno ambulatorio. A menos que el proveedor ordene que sea</p>	<p>20 % de coaseguro por cada visita al hospital como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$95 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
ingresado 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 ser considerado un paciente ambulatorio.	Cirugía ambulatoria: se requiere remisión.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La <i>hospitalización parcial</i> 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, que es más intenso que la atención ofrecida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar o matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo que se brinda en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro médico con autorización federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención ofrecida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar o matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$40 por día. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Atención médica o servicios de cirugía médica necesarios suministrados 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.	Copago de \$0 por cada visita presencial al consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). Copago de \$40 por cada visita presencial al consultorio de un especialista.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> 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, incluidos los siguientes: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales de la salud; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación para el automanejo 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. <p>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 metroplusmedicare.org para obtener información sobre cómo acceder a nuestro proveedor de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos servicios de telesalud, incluidas las consultas, el diagnóstico y el tratamiento brindados por un médico o profesional, para pacientes en determinadas zonas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare. 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 	<p>Copago de \$20 por exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de telesalud para recibir servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales de servicios especializados de salud mental; servicios de otros profesionales de la salud; sesiones individuales de servicios psiquiátricos; sesiones individuales para el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias; y servicios de capacitación en el automanejo de la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por atención odontológica que no sea de rutina.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>independiente de diálisis renal o en el domicilio del miembro.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud○ Usted 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:<ul style="list-style-type: none">○ 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.	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 • <p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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). 	
<p>Servicios de podología*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	Copago de \$30.

*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p> Profilaxis de preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis de preexposición (PPrE) y servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de PPrE orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluida evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. • Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez. 	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio de PPrE.
<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 (PSA, por sus siglas en inglés) 	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Entre otros, se incluyen pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como también: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado</p>	20 % de coaseguro por dispositivos protésicos. Copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare después de una extirpación o cirugía de cataratas.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso el sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de una extirpación o cirugía de cataratas; consulte la <i>Atención oftalmológica</i> en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 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 *Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación para el abuso del alcohol para adultos (incluye mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son 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.</p>	<p>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.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) En el caso de personas que califican, se cubre un LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón,</p>	<p>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.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>pero que tengan antecedentes de fumar tabaco, al menos 20 paquetes al año, y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años. Estas personas deben haber recibido una orden de LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y para la toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para este tipo de consulta. La orden debe ser emitida por un médico o un profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>En el caso de los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de realizar el examen de LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede brindar 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 para posteriores pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la sesión debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.</p>	
<p> Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita uno y usted cumple estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiene alto riesgo porque utiliza o utilizó drogas ilícitas inyectables.• Se realizó una transfusión sanguínea antes de 1992.• Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965, y no es considerado de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, siguió usando drogas ilícitas inyectables desde el último examen de detección de</p>	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de hepatitis C cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos exámenes de detección anuales.</p> <p> Evaluación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenirlas</p> <p>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.</p> <p>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 ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un ambiente de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 la información. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de la enfermedad renal crónica y si su médico lo ordena, cubrimos hasta 6 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	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de ETS cubiertos por Medicare y el beneficio de asesoramiento preventivo sobre ETS.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre la enfermedad renal.</p> <p>Copago de \$0 por tratamientos de diálisis.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido 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) <p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p> <p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>(En el capítulo 12, encontrará la definición de “centro de enfermería especializada”. A veces, se denomina a los centros de enfermería especializada SNF).</p> <p>La atención en un SNF tiene cobertura después de que haya pasado un mínimo de 3 días (sin contar el día del alta) como paciente hospitalizado por razones médicalemente necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada. Un paciente es elegible para recibir 100 días de atención en un SNF durante cada período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que un beneficiario ingresa</p>	
	<p>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 20.</p> <p>Copago de \$217 por día para los días 21 al 100.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>como paciente hospitalizado en el hospital o el SNF. El período de beneficios termina cuando el beneficiario no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicaamente necesario)• Comidas, incluso dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla• Medicamentos que se le administren como parte de nuestro plan de atención (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 solamente 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 <p>Generalmente, usted recibe atención de un SNF de la red. Bajo ciertas circunstancias enumeradas a continuación, usted puede pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no es un proveedor</p>	

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho está viviendo al momento en que usted recibe el alta 	
<p> Dejar el hábito de fumar y el consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar cigarrillos o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usan tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibirá hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No se aplica coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)*</p> <p>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.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 capacitado 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. <p>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 médicalemente necesario.</p>	
<p>Servicios de necesidad urgente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero no es una emergencia, es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o (aunque esté dentro del área de servicio de nuestro plan) no es razonable debido a la hora, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de necesidad urgente y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones imprevistas o la reactivación inesperada de enfermedades existentes. Las visitas a proveedores de rutina médicalemente necesarias (como chequeos</p>	Copago de \$0.

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p>anuales) no se consideran de necesidad urgente, aunque esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.</p> <p>Esta cobertura está disponible solo dentro de Estados Unidos y sus territorios.</p>	
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento por 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, cubrimos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores a 50 años en adelante e hispanoamericanos de 65 años en adelante.• 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 cuando el médico implante un lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda operación. <p>Los anteojos están cubiertos hasta un total de \$500 por año para anteojos, marcos, lentes de contacto, mejoras con copago de \$0.</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare, incluido el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Los anteojos están cubiertos hasta un total de \$500 por año para anteojos, marcos, lentes de contacto, mejoras.</p>

Servicios cubiertos	Qué paga usted
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única denominada <i>Bienvenido a Medicare</i>. 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 [o inmunizaciones]) y remisiones para otro tipo de atención, de ser necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente dentro de los primeros 12 meses en los que goza de la Parte B de Medicare. Al concertar una cita, avise en el consultorio del médico que desea programar una visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .

SECCIÓN 3 Los servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones)

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 bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en los casos específicos que se mencionan 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 sobre cómo apelar una decisión adoptada de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico lumbar en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	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.
Cuidado de apoyo El cuidado de apoyo es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales	Puede ser cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura únicamente bajo condiciones específicas
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.	(Vea el capítulo 3, sección 5 para más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Los costos cobrados por su cuidado por familiares inmediatos o miembros de su círculo íntimo	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Alimentos entregados en el hogar	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Los servicios domésticos incluyen ayuda doméstica básica, incluso tareas domésticas livianas o la preparación de comidas livianas.	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Servicios de neuropatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura bajo ninguna condición.
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 de un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisión	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando es médicalemente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	Sin cobertura bajo ninguna condición.

Servicios no cubiertos por Medicare	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	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para una visión deficiente	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubierto después cada cirugía de cataratas en la que se implanta un lente intraocular.
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 de ajuste de audífonos	Sin cobertura bajo ninguna condición.
Servicios considerados como no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición.

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para hospicio.

Nuestro plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumpla estas normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo o algún profesional que haga la receta) que le escriba una receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional que haga la receta no debe estar en la Lista de preclusión o exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- El medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” es un uso del medicamento que ha sido aprobado por la FDA o ha sido avalado por determinadas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones médica mente aceptadas).
- Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan en función de determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo si* se surten en una farmacia de la red de nuestro plan. (Consulte la sección 2.5 para información sobre cuándo cubrimos una receta surtida en una farmacia fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (metroplusmedicare.org) o llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, usted deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios al Miembro llamando al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O utilice el *Directorio de farmacias*. También puede obtener esta información a través de nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

Farmacias especializadas

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 LTC (como un hogar de

reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

- 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 sobre cómo usarlos. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* en metroplusmedicare.org o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos suministrados por correo son medicamentos que 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 permite que haga el pedido de un suministro **para un máximo de 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con nuestros Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Por lo general, un pedido de una farmacia de pedido por correo se le entregará en un plazo máximo de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo espera que el pedido se retrase, le notificarán el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Atención al Cliente para analizar opciones que pueden incluir surtirlo en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación de miembro de MetroPlusHealth y número(s) de receta. Si desea la entrega de sus medicamentos el segundo día o al día siguiente, puede solicitar el formulario al representante de Atención al Cliente por un cargo adicional.

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

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

Resurtido de recetas a través de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que falta poco tiempo para que se quede sin su medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento y puede cancelar los resurtidos programados si posee suficiente medicamento o lo ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 5 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 el resurtido por pedidos por correo, póngase en contacto con Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Si recibe una reposición automáticamente por correo que usted no quiere, es posible que sea elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece 2 maneras para obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera periódica para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Su *Directorio de farmacias* que se encuentra en metroplus.org le indica en cuáles farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no pueda acudir a una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener el surtido de sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios al Miembro llamando al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)**

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- 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 vehículo 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.

Si se ve en la obligación de usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá 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. (Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan un reembolso). Se le puede requerir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura, la llamamos Lista de medicamentos*.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre que cumpla con las normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento corresponda a una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada es un uso del medicamento que cumple con *una de las siguientes condiciones*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta.

- Está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. 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. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original, y normalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos de reemplazo disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares se pueden intercambiar y, en función de la ley estatal, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Consulte el capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que puede haber en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener información adicional, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la sección 7).
- En otros casos, decidimos 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 3.3 Cómo encontrar un medicamento específico en la Lista de medicamentos

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

- Verificar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos en formato electrónico.
- Visitar nuestro sitio web del plan (metroplusmedicare.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- Usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en dicha lista que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, algunas normas especiales restringen cómo y dónde los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo 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 de nuestro 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 figurar más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, 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 en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con 2 por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Por lo general, si existe una restricción sobre su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que cumplir pasos adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) **Si desea que otorguemos una exención de la restricción en su caso, deberá 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).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que acordemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene

esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O en nuestro sitio web metroplusmedicare.org.

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 nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requerimiento de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O en nuestro sitio web metroplusmedicare.org.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede comprar de un medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si por lo general 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 puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

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

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O es posible que la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

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

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

Podría obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, nuestro 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.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro 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 nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro 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 desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Durante el tiempo que usa un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte a su proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que nuestro 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 pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que toma será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración del profesional que expide la receta apoyando su solicitud). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la sección 6.4 del capítulo 9 para saber qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

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

- **Remplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

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 actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. En ocasiones, recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o cambiar inmediatamente un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando se agrega una versión nueva de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas. La versión nueva del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión nueva genérica de una marca o agregamos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos el cambio específico que hayamos efectuado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o cambiar un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando se agrega otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas. La versión nueva del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios únicamente si agregamos una versión nueva genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones nuevas

biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Le avisaremos del cambio al menos con 30 días de anticipación o le avisaremos del cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que toma.
- **Eliminar 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 toma ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio.
- **Realizar 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, nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le avisaremos de estos cambios al menos con 30 días de anticipación o le avisaremos del cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios a algunos de los medicamentos que está tomando, hable con quien se los receta sobre las opciones que serían mejores para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o el pedido de una decisión de cobertura para satisfacer alguna de las restricciones nuevas del medicamento que está tomando. Usted o quien receta puede solicitarnos una excepción para que continúe la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que toma. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, vea el capítulo 9.

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

Podemos realizar algunos 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 sigue en el mismo plan.

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

- 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 toma (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.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunas clases de medicamentos recetados están *excluidas*. Ello significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, debe pagar por ellos usted mismo. 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).

Estas son 3 normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro 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 los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* en la etiqueta cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de lo indicado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

- 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 resfrió

- 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 únicamente pruebas o servicios de control asociados como condición de venta

Si recibe Extra Help para pagar sus recetas, Extra Help no pagará los medicamentos que no se cubran normalmente. 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. Contacte el programa Medicaid del estado para determinar la cobertura de medicamentos que tiene a su disposición. (Busque los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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 a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Es necesario que usted pague a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

Si no lleva con usted la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o usted puede solicitar en la farmacia que busquen su información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla.** Puede **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para más información sobre cómo solicitar al plan un reembolso.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por nuestro plan

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

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

Por lo general, 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 es residente de un centro de 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.

Revise su *Directorio de farmacias* en metroplusmedicare.org para determinar si la farmacia de su centro de LTC o la que el centro usa forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Si se encuentra en un centro de 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 de LTC.

Si es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de parte de un empleador o plan grupal de jubilados

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

En general, si tiene cobertura grupal de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será secundaria a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal paga 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 para el próximo año calendario es acreditable.

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

Conserve los avisos sobre cobertura acreditable porque quizás los necesite más tarde para demostrar que mantenía una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o del plan para jubilados, o bien al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos 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 demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o al profesional que 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

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros 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, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que puedan no ser necesarios porque toma otro medicamento similar 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 toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura

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 (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales que expiden las recetas para asegurarnos de que el uso sea apropiado y médicaamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que expiden recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides: o benzodiazepinas recetados puede no ser 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 opioides o con benzodiazepina de ciertas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados profesionales que expiden recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o qué cantidad puede obtener, le enviaremos un aviso con anticipación. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un profesional que expida recetas o una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales que expiden recetas 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 de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión 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 nueva decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No será asignado a un DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor por un cáncer 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.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a administrar 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 (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos diseñaron el programa para que podamos ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico en los costos de los medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud puede realizar 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. Asimismo, 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. 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 este y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Por preguntas sobre este programa, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

CAPÍTULO 6:

Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Si se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo independiente, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help 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 anexo, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por el *Anexo LIS*. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

En este capítulo, usamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, es necesario que conozca cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, se explican estas normas. Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (caremark.com), el costo que ve indica un estimado de los costos de desembolso personal que se espera que pague. También puede obtener información provista por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos

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

- El **deducible** es un monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar nuestra 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 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal

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

Estos pagos se incluyen en sus costos de desembolso personal

Sus costos de desembolso personal **incluyen** los pagos que se presentan a continuación (siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y que 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 las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare distinto antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos que realicen su familia o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Extra Help desde Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos para el sida, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en representación suya) hayan gastado un total de \$2,100 en costos de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso personal

Sus costos de desembolso personal **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan
- Los medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan en cuanto a la cobertura fuera de la red
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y demás medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de la Salud de Veteranos (VA)
- Los pagos de medicamentos realizados por terceros con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización del trabajador)
- Los pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento de Fabricantes

Recuerde: Si cualquier organización como las enumeradas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal para medicamentos, usted debe avisarle a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Cómo realizar el seguimiento de sus costos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos de desembolso personal. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* 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.** Consulte la sección 3.1 para más información sobre lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de *MetroPlus Platinum Plan (HMO)*. Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en que se encuentra cuando surte o resurte una receta. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D*, se indica en qué etapa de pago está usted.

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando adquiere recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Realizamos el seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de desembolso personal:** cuánto pagó. Esto incluye lo que pagó cuando adquiere un medicamento cubierto de la Parte D, todos los pagos de sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y todos los pagos de sus medicamentos realizados por Extra Help de planes médicos de Medicare, el empleador o el sindicato; el Servicio de Salud para Indígenas; programas de asistencia para medicamentos para el sida; organizaciones de caridad; y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe le presenta los detalles de pago de los medicamentos recetados que surtió durante el mes anterior. Presenta los costos totales de medicamentos, qué pagó nuestro plan y qué pagó usted y otros en representación suya.
- **Totales para el año desde el 1ero. de enero.** 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.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 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 ayuda a asegurarnos de saber qué recetas surte y cuánto paga.
- **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 hacer seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de los recibos de los medicamentos:**
 - Cuando adquiera un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga 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 que pague el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si recibe una 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 hicieron por usted.** Los pagos realizados 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 (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y 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.
- **Revise los informes escritos que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revisela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Asegúrese de conservar estos registros.

SECCIÓN 4 La Etapa de deducible

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 la cantidad del deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. No se aplica el deducible para los productos de insulina cubiertos ni para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre ellas, herpes, tétanos y vacunas para viajes. 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. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de entrega para medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que paga \$615 por sus medicamentos, finalizará la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte del costo de medicamentos recetados cubiertos que le corresponde y usted paga la suya (monto de su coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtenga:

- En una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro 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 más información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Nuestra farmacia de 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 farmacias* de nuestro plan en metroplusmedicare.org.

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un coaseguro.

Sus costos para el suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos en centros de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados)	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca de)	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerado)	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados)

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos en centros de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para más detalles).
	s como genéricos): 25 % de coaseguro	marca considerados como genéricos): 25 % de coaseguro	s como genéricos): 25 % de coaseguro	como genéricos): 25 % de coaseguro
	Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro	Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro	Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro	Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro
	Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Vaya a la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de vacunas de la Parte D.

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 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 tomando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos del suministro de un mes de sus medicamentos si le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene 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, paga 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 es responsable del copago del medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el arancel diario de costos compartidos) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

Sus costos para el suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos en proveedores minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos de pedidos por correo
	(un suministro hasta para 90 días)	(un suministro hasta para 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): 25 % de coaseguro Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): 25 % de coaseguro Todos los demás medicamentos: 25 % de coaseguro Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo para el año alcancen \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen \$2,100. Después pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y nuestro plan, y cualquier tercero, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. (Consulte la sección 1.3 para más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo).

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso personal alcanzan el límite de \$2,100 en el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales

SECCIÓN 8 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Se considera que algunas vacunas son beneficios médicos y se cubren con la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar una lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en 2 partes:

- La primera parte es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **la aplicación de la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la administración de la vacuna).

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y no le cuestan nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

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

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 pago de medicamentos** en la que esté.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrarla la vacuna. Usted puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo compartido. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo en base a su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

A continuación, presentamos 3 ejemplos comunes en los que usted podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten a las farmacias administrar ciertas vacunas).

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

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por su aplicación.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coaseguro de la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y, luego, la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coaseguro por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted quizás deba pagar el costo completo de este servicio.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coaseguro de la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de nuestra parte de servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. En otras oportunidades, puede darse cuenta de que paga más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura de nuestro plan, o puede que obtenga una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero. Usted tiene derecho al reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Vaya a la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió, o por un monto mayor que su parte del costo compartido. 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.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que pueda necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o servicios de necesidad urgente por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o de necesidad urgente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Solo será responsable del pago de su parte del costo de servicios de emergencia o de necesidad urgente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si paga el monto total al momento de ser atendido, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted realizó.
- Puede recibir una factura de parte del proveedor que cree que no adeuda. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya realizó.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó 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 a nuestro 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 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.
- Cuando usted reciba de un proveedor de la red una factura que supere lo que usted considera que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos 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 solicítens el reembolso de la diferencia entre el monto pagado y el monto que adeuda conforme a nuestro plan.

3. Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en nuestro 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

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Necesita presentar documentación, como recibos y facturas, para que procesemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia 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, tiene 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 circunstancias. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no se le devuelva la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que hubiéramos pagado en una farmacia de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de su medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva con usted la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de su inscripción a nuestro plan. 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. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

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 algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 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 más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Cuando 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 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si presenta una solicitud por escrito, envíe 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 obtuvo el servicio, producto o medicamento.

Usted debe presentar su reclamación en un plazo de 3 años de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarse de que está proporcionándonos toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario a través de nuestra página web (metroplusmedicare.org) o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

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 fl.
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 los recibos de los pagos a esta dirección:

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Cuando recibimos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos presente más información. De lo contrario, analizaremos 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. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* deberían estar cubiertos o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le pagaremos nuestra parte del costo. Le mandaremos una carta que explica los motivos por las cuales no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos 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 solicita 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.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que le resulte conveniente y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u 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 nuestro 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. También podemos proporcionarle la información en otros idiomas aparte del inglés, incluido español, chino y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

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 de nuestro plan no hay disponibles proveedores para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si está en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro 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 a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) 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.

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

Usted tiene derecho a elegir un PCP de la red de nuestro 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 de nuestro plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de especialistas cuando los necesite. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, consulte el capítulo 9 para saber qué hacer.

Sección 1.3 Nosotros debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historiales 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 su historial médico 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 personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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.*
- Existen algunas excepciones que no exigen su permiso previo 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 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 se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver su historial médico que se mantiene en nuestro plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle un cargo por hacerle copias. También tiene derecho a solicitarnos agregados o correcciones en sus historiales médicos. Si nos 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 propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

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

Como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO), 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras de nuestro 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 normas 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 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 tiene cobertura o si su cobertura tiene una restricción. El capítulo 9 también provee información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a 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 *en una manera que usted pueda entender*.

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, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir toda la información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar los fármacos y hacer uso de sus medicamentos 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. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los

medicamentos, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer 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. Tiene derecho a decir lo que usted quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si 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 puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida y poder para decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo organizar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de una directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información a las personas sobre Medicare. También puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- **Llene el formulario y fírmelo.** Este formulario es un documento legal sin importar dónde lo obtenga. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correctas.** Entregue 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 darles copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con antelación que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **llevé consigo una copia al hospital**.

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo trajo consigo.

- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Es su decisión completar una directiva anticipada (y también si desea firmarla si está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede denegarle la atención o discriminarlo en base a si firmó una directiva anticipada o no.

Si sus instrucciones no se respetan

Si firma 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
800.206.8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos reconsiderar las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar la cobertura o presentar una apelación, el capítulo 9 de este documento le indica qué hacer. Cualquiera que sea la opción que elija (solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **es nuestra obligación tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si considera que no es tratado de manera justa o que sus derechos no se están respetando

Si considera que no ha sido tratado de una manera justa o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 800.368.1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.537.7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene de los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)**
- **Comuníquese con su SHIP local** utilizando los siguientes datos

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Para obtener más información sobre sus derechos, haga lo siguiente:

- **Llame a Servicios al Miembro de nuestro plan al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)**
- **Comuníquese con su SHIP local** utilizando los siguientes datos

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

- **Contacte a Medicare:**

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en [medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf))
- Llame al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, presentamos aquello que necesita saber como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico u cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** 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 la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos 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, dígales 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 sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener respuestas que comprenda.

- **Sea considerado.** Esperamos que 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, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, 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.
 - 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 del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo,** para así mantener su registro de membresía al día y tener su información de contacto.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para resolver problemas e inquietudes:

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

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

La información que se encuentra en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 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 son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se usan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correctas, incluimos estos términos legales cuando le damos detalles para resolver situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son las siguientes:

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.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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 877.486.2048.
- Visite medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte la **sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas sobre sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a artículos y servicios médicos y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa la decisión de cobertura y el proceso de apelación para asuntos, tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esa remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o el médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido no está cubierto en ningún caso. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su

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

médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proveer atención médica que cree que necesita.

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.

Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagaremos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta para usted. 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 beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **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 la apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las normas adecuadamente. Luego de completar la revisión, le comunicamos 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 denegamos la totalidad o parte de la apelación de Nivel 1 de atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2 realizado por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que envíemos en forma automática su apelación para atención

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

médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.

- Consulte la **sección 5.4**, para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.
- En la sección 6, se tratan con más detalle las apelaciones de la Parte D.

Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted puede seguir con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 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:

- **Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de un representante*. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [Los planes también pueden incluir: o en nuestro sitio web en {inserte el sitio web o el enlace al formulario}]).
 - Para la atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para medicamentos 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.

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

- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Usted puede nombrar a una persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de un representante*. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). Este 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.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión respecto de su apelación, su solicitud de apelación se desestimará. Si sucede esto, le enviaremos un aviso por escrito en donde le explicaremos su derecho de solicitar a una organización de revisión independiente 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. 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 4.2 Normas y plazos de diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que se le otorga el alta demasiado pronto

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

- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a los siguientes servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF])

Si no sabe qué información se aplica a su caso, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) También puede obtener ayuda e información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de la atención médica o si desea solicitarnos un reintegro de parte del costo de su atención

Sus servicios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos las diferencias entre las normas de los medicamentos de la Parte B y las normas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de salud quiere darle y usted considera que dicha atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le informamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Obtuvo y pagó por atención médica que usted considera que debió ser cubierta por el plan y usted desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

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

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 5.3.**

Nota: Si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales para este tipo de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que 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.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte D. 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 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya haya obtenido).*
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede causar daños graves para recuperar 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 respaldo 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:

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

- 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 pidió.

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.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le notificamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos plazos estándar.

Esto significa que le responderemos dentro de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si solicitó un artículo o servicio médico que no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le responderemos dentro de 14 días calendario desde que recibamos su solicitud. Si su solicitud es de un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 72 horas desde que recibamos su solicitud.

- **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 de la Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si considera que *no debemos* tomarnos 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 para obtener información sobre las quejas).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, 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 es de un medicamento de la Parte B, responderemos dentro de las 24 horas.

- **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 de la Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si considera que *no debemos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 10 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 denegación.

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 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se toma en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos respecto de la cobertura de atención, usted o su médico deberá decidir si requiere una apelación rápida. Si su médico nos comunica que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

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

- 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 5.2 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 estándar, preséntela por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 65 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 respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.

Paso 3: Consideraremos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Verificamos para determinar si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos y nos pondremos 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.
 - 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 de la Parte B, no podemos tomarnos más tiempo.

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

- Si no le damos una respuesta dentro de 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 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si respondemos que no de forma total o parcial a su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la apelación.

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 es de un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** desde que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - 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 de la Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a la misma dentro de 24 horas. (Vaya a la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - 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 organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

- **Si nuestro plan rechaza total o parcialmente su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Proceso de 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**.

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: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros le enviamos 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.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes de recibir su apelación.
- 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 de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar la decisión.

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

Si le otorgaron 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 independiente 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 de la Parte B, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- 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 de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional 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 servicio médico**, debemos autorizar 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**. En caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión responde afirmativamente de forma total o parcial a una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** desde la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. En caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación**, significa que coincide con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que hace lo siguiente:
 - Explica la decisión.

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

- Le informa 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 informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (5 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 apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La sección 9 le explica los procesos de apelación de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si está solicitándonos que le paguemos por nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos reclama el pago.

La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, corroboraremos que la atención médica por la cual pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente, dentro de los 30 días calendario, pero, como máximo, dentro de 60 días calendario de obtuvo su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió las normas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos por la atención médica y las razones correspondientes.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede 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 de apelaciones que figura en la sección 5.3.

Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de una atención médica que ya obtuvo y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para recibir cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el capítulo 5 para más información sobre una indicación médica 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.
- 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.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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:

- Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicita que eliminemos una restricción en la cobertura de nuestro plan de un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, los criterios de la autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- El pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4.**

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

En esta sección, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitud de excepción**Términos legales:**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es **una excepción del formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción de cobertura de un medicamento es una **excepción del formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

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

Si un medicamento no está 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. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la 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. Que eliminemos 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 6.3 Puntos importantes para tener en cuenta cuando solicita excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o el profesional que le receta 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.

Nuestra Lista de medicamentos, por lo general, incluye más de un medicamento para tratar una afección particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, 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 nuestro 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.

Sección 6.4. 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, solicítanos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida que solicita 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 solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de su recepción.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**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 solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de 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 en metroplusmedicare.org. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional expide la receta) o su representante pueden hacer esto. También puede optar por un abogado para que sea su representante. (La sección 4 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, debemos 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 brindar 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 denegación. También le explicaremos cómo puede apelar.

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

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que usted aún no recibió

- Por lo general, 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.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos 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 **brindar 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 **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos 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 6.5 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

La 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 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se toma en un plazo de 72 horas. Si su condición 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 receta 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** al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes escritas**, incluso aquella solicitud enviada con el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- Para enviar solicitudes de determinación de cobertura de manera electrónica, visite nuestro sitio web en metroplusmedicare.org y haga clic en la página de Reclamos, determinación de cobertura y apelaciones.

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

- **Debe solicitar una apelación dentro de 65 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. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.

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.

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 solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 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 denegación y cómo puede apelar la decisión.

Plazos de una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- 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.

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

- 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 6.6 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 denegación y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos 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.

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 6.6 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**.

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.

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

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 independiente.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- 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.
- Nosotros le enviamos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. 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 sobre su apelación.

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 independiente 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 obtenido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la

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

organización de revisión independiente 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 brindar la cobertura del medicamento que fue aprobado por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

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 independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba de manera total o parcial una solicitud de rebolsarle 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 independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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 **confirmar la decisión**. También se le llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que hace lo siguiente:

- Explica la decisión.
- Le informa 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 está solicitando es muy bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (5 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 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que se le otorga el alta demasiado pronto

Cuando es admitido 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.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día del alta hospitalaria. Ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después del alta.

- 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 considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar más tiempo de hospitalización, y se analizará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito en el que Medicare le explica sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de ser ingresado en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *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. Sin necesidad de ayuda, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del

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

horario de atención: 800.442.2560.) O llame al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048).

1. Lea en detalle este aviso y realice preguntas si no lo comprende. Le informa sobre lo siguiente:

- 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 recibió 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.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
- Para consultar por anticipado una copia de este aviso, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O 1-800 MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048. También puede obtener el aviso en línea en cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelación para realizar 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para recibir ayuda personalizada.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

La información de contacto de SHIP también figura en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Corrobora si su fecha de alta planificada es médicaamente 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.

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

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 por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a 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:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el 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**, 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 para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si 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.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el 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 un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) O 1-800 MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048. También puede obtener un ejemplo del aviso en línea en [cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la

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

cobertura de sus servicios debe continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Al mediodía del día siguiente después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, 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.

Paso 3: En el plazo 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 independiente responde *afirmativamente*, **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 independiente responde *negativamente*, están diciendo que su fecha planificada de alta es médicaamente adecuada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *siguiente* a recibir la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *deniega* su apelación y usted decide seguir hospitalizado, **podría tener que pagar el costo total** de los servicios hospitalarios que reciba luego del mediodía del día después de que la Organización para el 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 para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar

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

otra apelación. Presentar otra apelación significa que ingresará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 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.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización para el 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 para el 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 para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente 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 hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médica mente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión independiente responde negativamente:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. A esto se le llama mantener la decisión.

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

- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (5 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 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral ambulatoria)** cubiertos, 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 estos 3 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 considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos por anticipado cuándo finaliza su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finalizar su atención.

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

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario 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 acelerada para pedirnos 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.** La firma del aviso indica únicamente que ha recibido la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor?

Si desea pedirnos 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 al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para recibir ayuda personalizada.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame al	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

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

La información de contacto de SHIP figura en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médica apropiada. La **Organización para el 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 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 para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso 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 para el 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*.
- Si se vence el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad mediante la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Este aviso brinda información detallada sobre los motivos por los cuales termina la cobertura.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, consultará con su médico y revisará la información que le entrega 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.

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicaamente necesario**.
- 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 revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado**.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral 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 revisores *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 8.3 ¿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, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización para el 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 continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde afirmativamente?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** por la atención durante el tiempo que sea médica mente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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 desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es tratado 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 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (5 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 9 brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar sus apelaciones al nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted 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 haapelado 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 3 niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera que los primeros 2 niveles. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelaciones 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, el proceso de apelaciones puede haber finalizado 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 la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.

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

- 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 la atención médica en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o juez adjudicador responde negativamente a su apelación, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - 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.

Apelaciones de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o no.** 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 decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - 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.

Apelaciones de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

- 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 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló 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 3 niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera que los primeros 2 niveles. A continuación, le indicamos quién gestiona su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelaciones 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 decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - 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.

Apelaciones de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

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

- **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 decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - 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.

Apelaciones 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.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes**Sección 10.1 ¿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 sobre 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 recibió (incluida la atención en el hospital)?

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

Queja	Ejemplo
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 nuestro plan?
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 de nuestro 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 <i>puntualidad</i> 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 <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> 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 o artículos 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.

Sección 10.2 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 se llama **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** también se conoce como **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)** Si tiene que hacer hay algo, Servicios al Miembro se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

El Departamento de Reclamos de MetroPlusHealth Plan está a su disposición para ayudarlo. Puede presentar una queja por correo o por fax. Si tiene una queja, póngase en contacto con Servicios al Miembro en:

MetroPlus Health Plan
Attn: Medicare Complaints Manager
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Teléfono: 866.986.0356
Fax: 212.908.3011

- Intentaremos resolver su queja por teléfono o dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la queja.
- Puede presentar una queja sobre el tiempo que nos demoramos para tomar una determinación de cobertura o una determinación de la organización (también llamada decisiones de cobertura); por ejemplo, si extendimos el plazo para tomar una decisión de cobertura o denegamos su solicitud de otorgar una decisión de cobertura acelerada (rápida). Para este tipo de problemas, puede presentar una queja acelerada (rápida) llamando a Servicios al Miembro. Intentaremos resolver su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja.

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

- Usted mismo puede presentar esta queja, o puede hacer que un representante autorizado presente la queja por usted. Para designar a un representante autorizado, presente el formulario “Designación de un representante”, que se encuentra en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde que tuvo el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **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 tomarnos 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 queja rápida automáticamente.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 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 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad* de la atención, tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el 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.
- - **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre MetroPlus Platinum Plan (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 877.486.2048.

CAPÍTULO 10:

Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en MetroPlus Platinum Plan (HMO) puede ser **voluntaria** (cuando es por decisión propia) o **involuntaria** (cuando no es por decisión propia):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque decidió que *quiere irse*. Las secciones 2 y 3 brindan 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 durante el período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **período de inscripción abierta** va desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción y recibe Extra Help, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos 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 en la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también para beneficiarios de Medicare nuevos que están inscritos en un plan MA, desde el mes que adquiere el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y recibir cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos 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 también elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante el período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de MetroPlus Platinum Plan (HMO) 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. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para Extra Help para el pago de la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe asistencia en una institución, tal como un hogar de reposo o un 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, quizás 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 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 médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos 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 en la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

- **Por lo general, su membresía terminará** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.
- **Si recibe Extra Help de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)**
- Busque la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare.• Se cancelará automáticamente su inscripción en MetroPlus Platinum Plan (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Se cancelará automáticamente su inscripción en MetroPlus Platinum Plan (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare

- **Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción.** Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227) y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.
- Se cancelará su inscripción en MetroPlus Platinum Plan (HMO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo servicios médicos, artículos 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.**
- **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 Platinum Plan (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

MetroPlus Platinum Plan (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro 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 se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es un ciudadano de Estados Unidos o no tiene una condición migratoria legal 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 a otros miembros de nuestro plan. (No podemos 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 cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas de nuestro plan por 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima de nuestro plan antes de que finalicemos su membresía.
- 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.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar

al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud

MetroPlus Platinum Plan (HMO) no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están solicitando que deje nuestro plan por una razón de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Sección 5.2 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 un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar 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 (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 están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos en función de la raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, 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 de 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, póngase en contacto con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o con su Oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en el sitio web hhs.gov/ocr/index.html.

Si padece una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Si tiene una queja, tal como problemas de acceso con silla de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudar.

Capítulo 11 Avisos legales**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 Platinum Plan (HMO), 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.

✓ MetroPlusHealth

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 (HIPAA). Para ello, comuníquese con el funcionario de privacidad de MetroPlusHealth. Esta información también está disponible en nuestro sitio web 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:**

- 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;

**No divulgamos
Información acerca de
nuestros miembros y
antiguos miembros a
nadie, a excepción de lo
que permite la ley.**

- 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.
Comuníquese con MetroPlus	<ul style="list-style-type: none">• Para pedir más información acerca de nuestras políticas 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:** 800.303.9626, 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **Miembros de Medicare:** 866.986.0356, 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **TTY:** 711
- **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org

Capítulo 11 Avisos legales**Su información.****Sus derechos.****Nuestras responsabilidades.**

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Website: metroplus.org
Teléfono general: 800.303.9626
TTY: 711
Correo electrónico:
PrivacyOfficer@metroplus.org

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor, reviselo 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 denegarnos 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 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 a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 866.986.0356 (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.

Sus derechos (continuación)

Presentar una queja si considera que se vulneran sus derechos

- Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar una queja 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 877.696.6775 o ingresar al sitio web [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.

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. Cuéntenos 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.

Por 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)

La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.

- Recordatorios: MetroPlusHealth puede usar y divulgar información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) 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 información de salud sobre usted 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

Capítulo 11 Avisos legales

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

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:

[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://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 de salud 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 normas 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	

Capítulo 11 Avisos legales

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 healthix.org o llaman al 877.695.4749.

continúa en la siguiente página

Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad	Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none">○ Evitar enfermedades○ Informar reacciones adversas a los medicamentos○ Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica○ Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.
Realizar investigaciones	Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria.
Cumplir con la ley	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.
Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none">○ Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadores○ Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley○ Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley○ Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
Responder a juicios y acciones legales	Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa legal o en respuesta a una citación.
Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información	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.

continúa en la siguiente página

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

[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

Cambios a los términos en 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 – MetroPlusHealth Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

- **Teléfono general:** 800.303.9626, 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **Miembros de Medicare:** 866.986.0356, 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **TTY:** 711
- **Correo electrónico:** PrivacyOfficer@metroplus.org



NOTICE OF AVAILABILITY |

LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

ATTENTION: Language assistance services, and auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意：您可以獲得免費的語言援助服務以及輔助工具和服務。請致電：1.866.986.0356（聽力障礙電傳：711）。	Chinese Cantonese
تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية لك بشكلٍ مجاني :تنبيه اتصل على الرقم 1.866.986.0356 (الهاتف النصي: 711) .	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой помощи и вспомогательными устройствами/средствами для восприятия информации. Звоните по тел.: 1(866)986-0356 (телефон: 711).	Russian
ATTENZIONE: sono disponibili gratuitamente per Lei servizi di assistenza linguistica, accanto ad altri ausili e servizi. Telefoni al numero 1.866.986.0356 (Per gli utenti TTY: telefoni al numero 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique ainsi que des aides et services auxiliaires sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Sèvis asistans lang yo ak sèvis ak èd konplemantè yo gratis e disponib pou ou. Rele nan 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: לרשותכם שירותים בחינם בשפה, ועזרים ושירותים נוספים ללא תשלום. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Yiddish

Capítulo 11 Avisos legales

UWAGA: Mogą Państwo bezpłatnie korzystać z pomocy językowej, pomocy dodatkowych oraz innych usług. Proszę dzwonić pod numer 1-866-986-0356 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, at mga pantulong na tulong at serbisyo, na walang bayad, ay available sa iyo. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অতিরিক্ত সাহায্য ও পরিষেবা বিনামূলে। উপলব্ধ রয়েছে। 1.866.986.0356 (TTY: 711)-তে কল করুন।	Bengali
VINI RE: Shërbime për ndihmë gjuhësore, si dhe ndihmë dhe shërbimet ndihmëse, janë në dispozicion për ju pa pagesë. Telefononi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες βιόθειας στη γλώσσα σας και τα βοηθήματα και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, διατίθενται δωρεάν σε εσάς. Καλέστε τον αριθμό 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Greek
آپ کو زبان کی معاونت کی خدمات اور اضافی امدادی آلات و خدمات، مفت فرایم: توجہ فرمانیں 1.866.986.0356 (TTY: 711) کی جاتی ہیں۔ کال کریں۔	Urdu
LUU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các dịch vụ hỗ trợ khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste, Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
注意：我们可为您提供免费的语言协助服务以及辅助工具和服务。请致电：1.866.986.0356（听力障碍电传：711）。	Chinese Mandarin
ধ্যান দেঁ: ভাষা সহায়তা সেবাএঁ, ও সহায়ক সহায়তা এবং সেবাএঁ আপকে লিএ নি:শুল্ক উপলব্ধ হঁ। 1.866.986.0356 (TTY: 711) পর কাঁল করুঁ।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos e ajudas e serviços auxiliares. Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意：言語サポートサービスおよび補助器具・サービスを無料にてご利用いただけます。電話 1.866.986.0356 (TTY: 711)。	Japanese

CAPÍTULO 12:

Definiciones

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.

Apelación: una apelación es aquello que usted hace 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 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 de nuestro plan. Como miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO), solo debe pagar las cantidades 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 nuestro 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 usted no ha recibido ninguna atención para paciente hospitalizado (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. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales o vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud. Por lo tanto, las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de eficaces y seguros que los productos biológicos originales. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

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 catastrólica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles con enfermedades crónicas y graves específicas.

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 pagado 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 de atención al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (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: el costo compartido se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. Esto es además de la prima mensual de nuestro plan. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 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 obtiene 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 obtiene un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura : una decisión acerca de si un medicamento que se le recetó está cubierto por nuestro 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 nuestro plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro 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.

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 supervisado, proporcionado por personas que no tienen experiencia o capacitación profesional, incluye la 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 nuestro plan es para 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deductible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliar o Desafiliación: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de surtido: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtido de una receta; como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

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 de los costos de Medicare en función del estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos 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.

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, una lesión, un dolor agudo o una afección 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 declarativa: 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 nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recomendados 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, si nuestro plan requiere una autorización previa de un medicamento y usted desea que eximamos la restricción de requisito, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Extra Help: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado del que la FDA aprueba 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 médicaamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los hospicios disponibles en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, 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 ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (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 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.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de desembolso personal para el año lleguen al monto límite de costos de desembolso personal.

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 de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en determinados centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP Institucional Equivalente (IE-SNP), SNP Institucional Híbrido (HI-SNP) y SNP Institucional Basado en el Centro (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Extra Help.

Programa de Descuento de Fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que negoció Medicare para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de desembolso personal: el monto máximo que usted paga de su propio bolsillo 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.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a cubrir los costos de servicios médicos. 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: el uso de un medicamento que ha recibido aprobación de la FDA respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de 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) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede

ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de Costos de Medicare: un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

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 médico de Medicare: un plan médico de Medicare se ofrece mediante una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, programas piloto/de demostración y Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (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.

Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud proporcionado a personas que cumplen determinados requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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.

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**.

Período de inscripción abierta: 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 médico o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

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.

Producto biológico original: un producto biológico original que fue aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se conoce como producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico 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 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer 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: consulte la definición anterior para costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de costo de desembolso personal del miembro.

Límite de desembolso personal: monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (siglas en inglés de Programa de Cuidados Integrales para Personas de la Tercera Edad) combina apoyos y servicios médicos, sociales y a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 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 de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos 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 en la Parte D: un monto añadido a su prima mensual del plan 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 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 (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 obtienen beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de desembolso personal por servicios obtenidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de desembolso personal 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.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en etapas tempranas, en las que el tratamiento tiene probabilidad de ser más eficaz (por ejemplo, entre los servicios preventivos, se incluyen examen de Papanicolaou, vacuna antigripal y mamografía).

Proveedor de atención primaria (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 en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios figuran en nuestra página web.

Dispositivos protésicos y suministros relacionados: dispositivos médicos, incluidos, 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 para el 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 un medicamento por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta o por un período de tiempo definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente

apropiada y específica del afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan puede no pagar por los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan médico 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). Nuestro plan debe cancelar su membresía si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro 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 “Extra Help” para el costo de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para 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 viven 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 (SSI, por sus siglas en inglés): 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: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero no es una emergencia, es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable debido a la hora, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los cuales el plan tiene contratos. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son enfermedades y lesiones imprevistas o la reactivación inesperada de enfermedades existentes. Las visitas a proveedores de rutina médica necesarias (como chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente, aunque esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Servicios al Miembro de MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
Llame al	866.986.0356 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.) Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.)
Fax	212.908.5196
Escriba	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
Sitio web	metroplusmedicare.org

Programa de Información, Asesoría y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP 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	800.701.0501
Escriba	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
Sitio web	nyconnects.ny.gov

Declaración informativa 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 Administración 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

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