



M E T R O P L U S  
M E D I C A R E

EVIDENCE OF COVERAGE  
H0423

2012

METROPLUS MEDICARE PARTNERSHIP IN CARE PLAN (HMO SNP)

ESPAÑOL



**Del 1° de enero al 31 de diciembre de 2012**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare y Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)**

Este folleto le proporciona los detalles acerca de su cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare a partir del 1° de enero al 31 de diciembre de 2012. Explica como obtener la atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. Este es un documento legal importante. Por favor consérvelo en un lugar seguro.

Este plan, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), es ofrecido por MetroPlus Health Plan. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros” o “nuestro”, significa MetroPlus Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa MetroPlus Partnership In Care Plan (HMO SNP).)

MetroPlus Health Plan es una Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare Advantage, con contrato del gobierno federal para medicamentos recetados de Medicare Advantage.

Esta información está disponible, gratuitamente, en otros idiomas Favor de llamar a nuestro Departamento de Atención al cliente al *1-866-986-0356* para más información. Usuarios de TTY deben llamar: 1-800-881-2812 (Las llamadas a estos números son gratuitas.) El horario es de: lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8 p.m. o visite al sitio Web de nuestro plan, en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org). El Departamento de Atención al Cliente también cuenta con un servicio gratuito de intérpretes de idiomas, para personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible, gratuitamente, en otros idiomas. También podemos ofrecerle información en Braille, en letra grande u otros formatos distintos, si la necesita. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente al *1-866-986-0356*. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-881-2812 (Las llamadas a estos números son gratuitas). Horario de Atención: Lunes – Sábado, 8:00 AM – 8:00 PM, o visite el sitio Web de nuestro plan, [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org). El Departamento de Atención al Cliente también ofrece servicios de interpretación de idiomas, sin costo alguno, para personas que no hablan inglés.

También podemos proporcionarle información en Braille, letras grandes o en otros formatos alternativos si usted lo requiere.

Los beneficios, farmacopea, red de farmacias, primas y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1° de enero, 2013.

## **Evidencia de Cobertura 2012**

### **Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es simplemente su punto de partida. Para obtener más ayuda para buscar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Al principio de cada capítulo, usted encontrará una lista detallada de temas.**

<b>Capítulo 1. Introducción como miembro .....</b>	<b>1</b>
Informa lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo se usa este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de membresía de su plan y mantener su registro de miembro actualizado.	
<b>Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....</b>	<b>16</b>
Informa cómo comunicarse con nuestro plan (MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización de mejoramiento de calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con ingresos bajos), programas para ayudar a la gente a pagar por sus medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios.	
<b>Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos .....</b>	<b>32</b>
Explica cosas importantes que deberá saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen usar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando se le presenta una emergencia.	
<b>Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted) .....</b>	<b>47</b>
Le proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y <i>no</i> cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Informa cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.	

<b>Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D .....</b>	<b>76</b>
<p>Explica las normas que usted debe seguir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo usar la <i>Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)</i> del plan para saber cuáles medicamentos están cubiertos. Informa cuáles tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a su cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas médicas. Informa sobre los programas del plan para seguridad de los medicamentos y el manejo de los mismos.</p>	
<b>Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D .....</b>	<b>99</b>
<p>Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (<i>Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de falta de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica</i>) y cómo afectan estas etapas lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los dos niveles de costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D y informa que debe pagar usted para medicamentos en cada nivel de costos compartidos. Informa sobre la penalización por inscripción tardía.</p>	
<b>Capítulo 7. Solicitar que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>120</b>
<p>Informa cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitar que le paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.</p>	
<b>Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>127</b>
<p>Explica los derechos y responsabilidades que tiene usted como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.</p>	
<b>Capítulo 9. Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) .....</b>	<b>139</b>
<p>Le informa paso a paso qué debe hacer si usted tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problema para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted piensa que están cubiertos por nuestro plan. Esto</li></ul>	

incluye pedirnos que hagamos una excepción a las normas o restricciones adicionales en su cobertura para los medicamentos recetados y pedirnos seguir cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza muy pronto.

- Explica cómo hacer reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Atención al Cliente u otras inquietudes.

**Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan ..... 198**

Informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las cuales nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

**Capítulo 11. Notificaciones legales ..... 207**

Incluye notificaciones sobre leyes aplicables y sobre la antidiscriminación.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes ..... 209**

Allí se explican las palabras clave que se usan en este folleto.

## **Capítulo 1. Introducción como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción</b>	<b>3</b>
Sección 1.1	Actualmente usted está inscrito como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), que es un Plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de Necesidades Especiales")	3
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	3
Sección 1.3	¿Qué le informa este Capítulo?	4
Sección 1.4	¿Qué hacer si es nuevo en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)?	4
Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	4
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?</b>	<b>5</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	5
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?	5
Sección 2.3	Ésta es el área de servicio del plan para MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	5
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?</b>	<b>6</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos cubiertos	6
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores en la red del plan	7
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para las farmacias que pertenecen a nuestra red	7
Sección 3.4	La Lista de medicamentos incluidos en la Cobertura (Farmacopea) del plan	8
Sección 3.5	La Explicación de beneficios (la "EOB"): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D	8

---

<b>SECCIÓN 4 Su prima mensual de MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) .....</b>	<b>9</b>
Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de la prima de su plan? .....	9
Sección 4.2 Existen diferentes maneras de pagar la prima de su plan .....	11
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	12
<b>SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan .....</b>	<b>12</b>
Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos la información precisa sobre usted .....	12
<b>SECCIÓN 6 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal .....</b>	<b>14</b>
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	14
<b>SECCIÓN 7 Como funciona otro seguro con nuestro plan .....</b>	<b>14</b>
Sección 7.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro? .....	14

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Actualmente usted está inscrito como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), que es un Plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de Necesidades Especiales")</b>
--------------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare, y ha escogido recibir su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).

Existen diversos tipos de planes de salud de Medicare. MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) es un Plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas que tienen VIH/SIDA.

Nuestro plan ofrece acceso a una red de proveedores que se especializan en el tratamiento de VIH/SIDA. También incluye programas de salud diseñados para servir las necesidades especiales de personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluyendo los medicamentos que, por lo regular, se usan para tratar el VIH/SIDA. Como miembro del plan, usted recibe beneficios diseñados especialmente para su afección y toda su atención se coordina por medio de nuestro plan.

Como todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿De qué trata el folleto de <i>Evidencia de Cobertura</i>?</b>
--------------------	---

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo recibir su atención médica y sus medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), es ofrecido por MetroPlus Health Plan. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros" o "nuestro", significa MetroPlus Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).)

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y servicios médicos y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).

### **Sección 1.3      ¿Qué le informa este Capítulo?**

Repase el Capítulo 1 de esta *Evidencia de Cobertura* para conocer:

- ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales obtendrá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo la puede pagar usted?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información en su registro de miembro?

### **Sección 1.4      ¿Que hacer si es nuevo en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)?**

Si usted es un miembro nuevo, entonces es importante que conozca cómo funciona el plan, cuáles son las normas y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que haga tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

*Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de nuestro plan (la información de contacto se encuentra en la portada trasera de este folleto).*

### **Sección 1.5      Información legal sobre la Evidencia de Cobertura**

#### **Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta Evidencia de Cobertura forma parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea), y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos algunas veces se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato está vigente para los meses en que esté inscrito en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) del 1º de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012.

#### **Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros deseemos seguir ofreciendo el plan para el año en cuestión y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

---

---

## **SECCIÓN 2      ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?**

---

<b>Sección 2.1      Sus requisitos de elegibilidad</b>
--

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

- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- tenga derecho a la Parte A de Medicare
- -- y -- esté inscrito en la Parte B de Medicare
- -- y -- usted no tenga enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, como si desarrolla ESRD cuando ya sea miembro de uno de nuestros planes o si era miembro de un plan diferente que finalizó.
- -- y -- reúna los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

### **Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener VIH/SIDA.

<b>Sección 2.2      ¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?</b>
---

Cuando usted se inscribió originalmente en Medicare, recibió información sobre cómo obtener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente cubre los servicios prestados por proveedores institucionales como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de la salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico durable y suministros).

<b>Sección 2.3      Éste es el área de servicio del plan para MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)</b>
---

A pesar de que Medicare es un programa Federal, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) únicamente está disponible para individuos que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

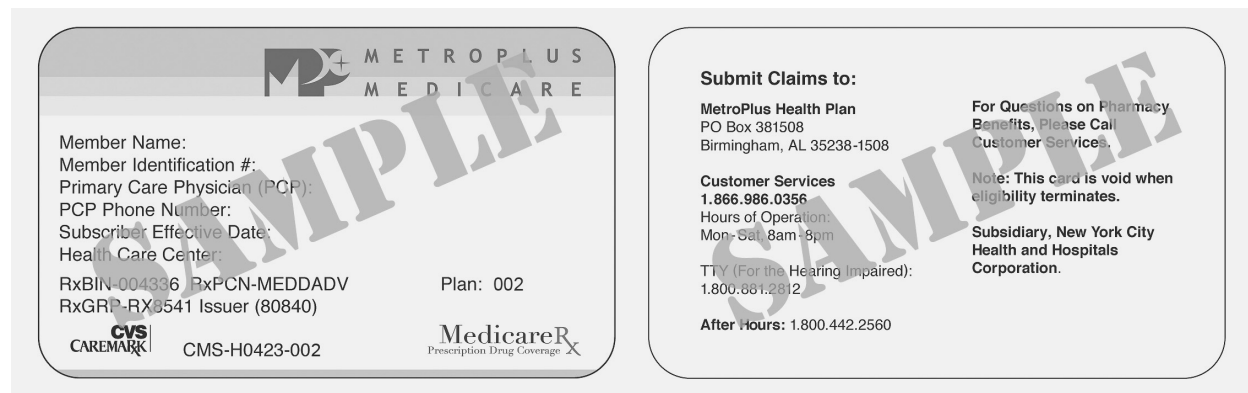
Los condados del Bronx (The Bronx), Nueva York (Manhattan), Kings (Brooklyn) y Queens (Queens) en el Estado de Nueva York.

Si usted piensa mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente. Cuando se muda, tendrá un Periodo Especial de Inscripción cuando podrá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su área.

## SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos incluidos en la cobertura

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan para obtener los servicios cubiertos por este plan y para obtener los medicamentos recetados en las farmacias de la red. A continuación encuentra una tarjeta de membresía de muestra para que pueda ver cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan **usted no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (con excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

**Es muy importante por lo siguiente:** Si obtiene sus servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) mientras sea miembro del plan, usted podría tener que pagar el costo total de éstos.

Si su tarjeta de membresía se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Atención al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta.

<b>Sección 3.2</b>	<b>El Directorio de proveedores y farmacias: su guía para todos los proveedores en la red del plan</b>
--------------------	--

Cada año que sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un Directorio de proveedores y farmacias nuevo o una actualización para su Directorio de proveedores y farmacias. Este directorio enumera a nuestros proveedores de la red.

### **¿Qué son los "proveedores de la red"?**

**Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y aceptar cualquier plan de costos compartidos como pago en su totalidad. Dispusimos que estos proveedores prestaran los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

### **¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?**

Es importante saber cuales proveedores pertenecen a nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan deberá usar los proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando la red no esté disponible (generalmente, cuando esta fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre las emergencias, los proveedores que no pertenecen a la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarle una copia al Departamento de Atención al Cliente; también puede solicitarle información adicional acerca de nuestros proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones. Usted también puede consultar el *Directorio de proveedores & farmacias* en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org), o descargarlo desde este sitio Web. Tanto el Departamento de Atención al Cliente como el sitio Web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

<b>Sección 3.3</b>	<b>El Directorio de proveedores y farmacias: su guía para las farmacias que pertenecen a nuestra red</b>
--------------------	--

Cada año que sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un Directorio de proveedores y farmacias nuevo o una actualización para su Directorio de proveedores y farmacias. Este directorio enumera a nuestras farmacias de la red.

## ¿Qué son las "farmacias de la red"?

Nuestro Directorio de proveedores y farmacias le proporciona una lista completa de nuestras farmacias de la red; es decir, todas las farmacias que han acordado surtir las recetas médicas cubiertas para nuestros miembros del plan.

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

Usted puede usar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que usted desea utilizar. Esto es importante porque, con algunas excepciones, usted debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

Si usted no tiene el Directorio de proveedores y farmacias, puede obtener una copia del Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada). En cualquier momento, usted puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los cambios hechos en la red de farmacias. Usted también puede encontrar esta información en nuestro sitio Web en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org).

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea) del plan</b>
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)*. La denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Indica cuales de los medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP). Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).

La Lista de medicamentos también le informa si hay algunas reglas que restrinjan cobertura para sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están incluidos en la cobertura, puede visitar el sitio Web del plan ([www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)) o llamar al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada de este folleto).

<b>Sección 3.5</b>	<b>La Explicación de beneficios (la "EOB"): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D</b>
--------------------	--

Cuando usted utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe para ayudarle a entender y dar seguimiento a los pagos de sus medicamentos recetados

de la Parte D. Este informe de resumen se denomina la *Explicación de beneficios* (algunas veces se denomina el "EOB").

La *Explicación de beneficios* le indica el monto total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) proporciona más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le puede ayudar para dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios* también está disponible si lo solicita. Para obtener una copia, por favor comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.

---

## **SECCIÓN 4      Su prima mensual para MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)**

---

<b>Sección 4.1      ¿Cuál es el monto de la prima de su plan?</b>
---

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el 2012, la prima mensual de MetroPlus Medicare Partnership in Care es \$23.70. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid o un tercero).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser **menor**

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre este programa. Si califica, inscribirse en el programa podrá bajar su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no corresponderle a usted.** Le mandaremos un anexo por separado, denominado la “Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (LIS Rider); este documento le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este anexo, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente y pregunte por la “Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para medicamentos recetados”, (LIS Rider). Los números de teléfono para el Departamento de Atención al Cliente figuran en la portada trasera de este folleto.

**En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más que el monto enumerado en la Sección 4.1. Las situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas pagan la prima estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es \$85,000 o más para un individuo (o individuos casados que declaren impuestos por separado), o \$170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social y no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional. Para más información sobre las primas de la Parte D basados en ingresos, vea el Capítulo 6, Sección 11 de este folleto. También puede visitar <http://www.medicare.gov> en la Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque durante un periodo continuo de 63 días o más no mantuvieron cobertura “acreditable” de medicamentos recetados (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) Para estos miembros, la penalización por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual más el monto de su penalización por inscripción tardía.
  - Si se le requiere pagar la penalización por inscripción tardía, el monto de su penalización depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses permaneció sin cobertura de medicamentos a partir de que fue elegible. Capítulo 6, Sección 10 explica la penalización por inscripción tardía.

### **Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Como se explica en la Sección 2 arriba, para ser elegible para nuestro plan debe tener derecho a la Parte A y Parte B de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Es por eso que algunos miembros deben pagar una prima de la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros deben pagar una prima de la Parte B de Medicare, además de pagar la prima mensual del plan. Para seguir siendo un miembro del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

- Su copia de *Medicare y Usted 2012* le informa sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare para el 2012”. Allí se explica cómo la prima de la Parte B varía para personas con diferentes ingresos.
- Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare la reciben en un lapso de un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2012* del sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede pedir una copia impresa

llamando por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **Sección 4.2      Existen diferentes maneras de pagar la prima de su plan**

Existen dos maneras de pagar la prima de su plan.

Si decide cambiar la manera en la que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Usted es responsable por asegurarse de que la prima de su plan se pague oportunamente mientras nosotros procesamos su solicitud para un método de pago nuevo.

### **Opción 1: Pague la prima directamente a nuestro Plan**

Puede optar por pagar su prima directamente a nuestro Plan por medio de un cheque o giro postal. Usted recibirá una factura de nuestro Plan cada mes. Por favor haga su pago a nombre de “MetroPlus Health Plan”. Los pagos deben enviarse a:

MetroPlus Health Plan  
P.O. Box 30327  
New York, NY 10087-0327

La totalidad del pago debe recibirse a más tardar el último día del mes en el que reciba la factura. Por ejemplo, la fecha límite para pagar su prima del mes de enero es el 31 de enero.

*Acuérdese de escribir el número de su cuenta en su cheque o giro postal.*

### **Opción 2: Puede pedir que le descuenten la prima de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede pedir que le descuenten la prima de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte al Departamento de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo usar este método para pagar la penalización. Con gusto lo atenderemos.

### **Qué hacer si enfrenta dificultades para pagar la prima**

Debemos recibir el pago de su prima del plan en nuestra oficina a más tardar el último día del mes. Si no hemos recibido su prima para el último día del mes, le enviaremos una notificación informándole que la membresía de su plan terminará si no recibimos su prima en un plazo de 60 días.

Si enfrenta dificultades para pagar su prima a tiempo, por favor contacte al Departamento de Atención al Cliente para averiguar si lo podemos dirigir a algún programa que le ayude con la prima. Si finalizamos su membresía en el plan debido a que no pagó sus primas del plan, no

podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el período anual de elección. En ese momento podrá unirse a un plan individual de medicamentos recetados o a un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. (Si usted estuvo sin cobertura "acreditable" de medicamentos por más de 63 días, podría tener que pagar una penalización por inscripción tardía cuando de inscribe en un plan de la Parte D.)

Si finalizamos su membresía por incumplimiento de pago de primas, usted estará cubierto por Original Medicare. Al momento en el que finalicemos su membresía, usted aún podría debernos primas que no haya pagado. En el futuro, si desea inscribirse otra vez en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar esas primas atrasadas antes de que pueda inscribirse.

Si usted piensa que nosotros hemos finalizado su membresía injustamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión. Para información sobre como apelar la finalización de cobertura, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No estamos autorizados a cambiar lo que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará para el año entrante, se lo informaremos en Septiembre y el cambio entrará en vigor el 1° de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar sí puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted se hace elegible para el programa de Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para el programa de Ayuda adicional durante el año. Si un miembro califica para recibir Ayuda adicional con sus medicamentos recetados, el programa de Ayuda adicional pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Así que un miembro que se haga elegible para recibir Ayuda adicional durante el año comenzaría a pagar menos por su prima mensual. Y un miembro que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que empezar a pagar la prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa de Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

---

## **SECCIÓN 5**      **Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos la información precisa sobre usted</b>
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura de plan específica, incluyendo su médico de cabecera.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están incluidos en la cobertura para usted.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Infórmenos sobre estos cambios:**

- Los cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si usted tiene algún reclamo por responsabilidades, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si usted fue ingresado a un hogar de ancianos
- Si cambia la persona responsable designada para usted (tal como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si esta información cambia, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

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

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para mas información sobre como funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviamos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que nosotros tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, usted no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se haya enumerado, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

---

## **SECCIÓN 6 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su expediente médico así como su información médica personal. Protegemos su información de salud personal según lo requieren estas leyes.

Para más información sobre como protegemos su información de salud personal, vea el Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

---

## **SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?</b>
--------------------	--

Cuando tiene otro seguro (como seguro médico colectivo de un empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden quién paga primero, nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta el monto límite de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, sólo paga si restan costos que no cubrió el seguro primario. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos restantes por cubrir.

Las siguientes reglas corresponden para cobertura de planes de salud colectivos de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su seguro médico colectivo se basa en su empleo actual o el de su familiar, el seguro que pagará primero dependerá de varios factores; su edad, el tamaño del empleador, y si su cobertura de Medicare está basada en edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
  - Si usted es menor de 65 años de edad y está discapacitado y usted o su familiar todavía trabaja, su plan paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su esposa todavía trabaja, el plan paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por causa de Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), su plan médico colectivo efectuará los primeros pagos durante los primeros 30 meses después de que usted haya adquirido la elegibilidad de Medicare.

Por lo regular, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin Atribución de Culpabilidad (incluyendo seguro automovilístico)
- De responsabilidad (incluyendo seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmones negros
- Compensación Laboral [Workers' Compensation]

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan una vez que Medicare, planes médicos colectivos de empleadores y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, infórmeselo a su doctor, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la portada trasera de este manual). Podría tener que darle su número de identificación de miembro a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de los mismos) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros incluyendo cómo comunicarse en el Departamento de Atención al Cliente en el plan) .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare).....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de mejoramiento de calidad (pagada por Medicare para comprobar la calidad de la atención para la gente con Medicare) .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social.....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid (un programa conjunto Federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados).....</b>	<b>27</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre los programas para ayudar a la gente a pagar por sus medicamentos recetados .....</b>	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios .....</b>	<b>31</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un "seguro colectivo" u otro seguro médico de un empleador?.....</b>	<b>31</b>

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)** **(cómo ponerse en contacto con nosotros incluyendo cómo comunicarse en el Departamento de Atención al Cliente en el plan)**

---

### **Cómo comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de nuestro Plan**

Para recibir asistencia con preguntas sobre reclamos, facturación o sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Atención al Cliente de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP). Con gusto lo atenderemos.

<b>Departamento de Atención al Cliente</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas. El horario es de <i>lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.</i>
<b>FAX</b>	1-212-908-8825
<b>ESCRIBE</b>	MetroPlus Health Plan, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038. Attention: Medicare Department.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

## **Cómo ponerse en contacto con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura acerca de su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que nosotros pagamos por sus servicios médicos. Para obtener más información acerca de peticiones de decisiones de cobertura con respecto a su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Usted puede llamarnos si tiene preguntas acerca de nuestro proceso de decisiones de coberturas.

<b>Decisiones de cobertura para atención médica</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas.
<b>FAX</b>	<i>1-212-908-8825</i>
<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038. Attention: Medicare Department.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

## **Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a su atención médica**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de presentar una apelación con respecto a su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

<b>Apelaciones con respecto a atención médica</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas.
<b>FAX</b>	1-212-908-8825
<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, Attention: Appeals Manager, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

### **Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una queja con respecto a su atención médica**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo un reclamo sobre la calidad de atención que recibe. Este tipo de reclamo no involucra disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o pagos del plan, consulte la sección arriba que trata sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de presentar una queja con respecto a su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

<b>Quejas acerca de su atención médica</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas.
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>FAX</b>	1-212-908-8825
<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, Attention: Medicare Complaints Department, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

### **Cómo ponerse en contacto con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que nosotros pagamos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información acerca de peticiones de decisiones de cobertura con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

<b>Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas.

<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de <i>lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.</i>
<b>FAX</b>	1-866-239-8303
<b>ESCRIBA A</b>	CVS Caremark 1300 E. Campbell Road Richardson, TX 75081
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

**Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de presentar una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

<b>Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>FAX</b>	1-212-908-8825

<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, Attention: Medicare Complaints Department, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

### **Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una queja con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestras farmacias de la red, incluyendo un reclamo sobre la calidad de atención que recibe. Este tipo de reclamo no involucra disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o pagos del plan, consulte la sección arriba que trata sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de presentar una queja con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

<b>Quejas acerca de medicamentos recetados de la Parte D</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas.
<b>FAX</b>	<i>1-212-908-8825</i>
<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, Attention: Medicare Complaints Department, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038. Attn: Medicare Department.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

## **Cómo hacemos llegar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que necesite pedirnos un reembolso o pago de una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Solicitar que nosotros paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*).

**Tenga en cuenta que:** Si nos envía una solicitud de pago y negamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

<b>Solicitudes de pago</b>	
<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>FAX</b>	<i>1-212-908-8825</i>
<b>ESCRIBA A</b>	MetroPlus Health Plan, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038.

---

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

---

Medicare es el programa Federal de seguro médico para personas mayores de 65 años de edad, para algunas personas menores de 65 años de edad con algunas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (falla renal permanente que necesita de diálisis o trasplante renal).

La agencia Federal a cargo de Medicare es Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces denominado "CMS"). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage incluyéndonos a nosotros.

<b>Medicare</b>	
<b>LLAME</b>	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio Web oficial del gobierno sobre Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención de la salud en el hogar y centros para diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Usted también puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando "Help and Support" (Ayuda y Soporte) y haciendo clic en "Useful Phone Numbers and Websites" (Números de teléfono y sitios Web de utilidad).</p> <p>El sitio Web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad para Medicare:</b> Provea información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. Seleccione "Averigüe si es elegible"</li><li>• <b>Buscador de Planes de Medicare:</b> Ofrece información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) disponibles en su área. Haga clic en el botón "Planes de Salud y de Medicamentos", luego elija "Comparar planes de salud y de medicamentos" o "Comparar pólizas de Medigap"). Estas herramientas proveen</li></ul>

una aproximación de cuales serían sus costos de desembolso en un plan de Medicare diferente.

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores le puede ayudar a visitar este sitio Web en su computadora. O, usted puede llamar a Medicare al número anteriormente citado e indicarles la información que usted está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio Web, la imprimirán y se la enviarán a usted.

---

### **SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud se denomina Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP).

HIICAP es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para brindar de forma gratuita asesoría local sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos de Medicare, ayudar a hacer reclamos sobre su cuidado o tratamiento médico y ayudarle a arreglar los problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también le pueden ayudar a entender sus opciones del plan de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

<b>Programa de Asistencia, Asesoramiento e Información de Seguros de Salud de Nueva York (HIICAP)</b>	
---	--

<b>LLAME</b>	1-800-701-0501
--------------	----------------

<b>ESCRIBA A</b>	Department for the Aging, 2 Lafayette Street, 16 <sup>th</sup> Floor, New York, NY 10007-1392
------------------	---

<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/index.cfm">http://www.aging.ny.gov/index.cfm</a>
------------------	---

---

### **SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de calidad (pagada por Medicare para comprobar la calidad de la atención para la gente con Medicare)**

---

Hay una Organización de mejoramiento de calidad en cada estado. En Nueva York, la Organización de mejoramiento de calidad se llama IPRO - Island Peer Review Organization.

La IPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno Federal. Esta organización la paga Medicare para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para la gente con Medicare. La IPRO es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Usted debe contactar a la IPRO si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de sus servicios de atención de la salud en el hogar, cuidado del centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) termina demasiado pronto.

<b>Island Peer Review Organization (IPRO)</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-331-7767
<b>TTY</b>	1-866-446-3507  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
<b>ESCRIBA A</b>	IPRO, 1979 Marcus Ave, Lake Success, NY 11042
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ipro.org/">http://www.ipro.org/</a>

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y el manejo de inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques de Seguro Social, usted se tiene que inscribir en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

<b>Administración del Seguro Social</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.  Usted puede usar los servicios de telefonía automatizada del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas.  Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid** (un programa conjunto Federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Medicaid es un programa gubernamental conjunto Federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Si usted califica, Medicaid tiene programas que pueden ayudarle a pagar sus primas de Medicare y otros costos. Para recibir más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

<b>Departamento de Servicios Sociales de la Ciudad de Nueva York</b>	
<b>LLAME</b>	1-877-472-8411
<b>ESCRIBA A</b>	Human Resources Administration (HRA)  180 Water Street, 17 <sup>th</sup> Floor, New York, NY 10038

**SITIO WEB**

<http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a la gente a pagar por sus medicamentos recetados**

---

### **Programa de "Ayuda adicional" de Medicare**

Medicare proporciona "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados de las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y el copago de las recetas médicas. Esta Ayuda adicional también cuenta hacia sus costos de desembolso directo.

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

Es posible que pueda obtener Ayuda Adicional para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para averiguar si califica para obtener Ayuda Adicional, llame:

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

Si piensa que ya ha calificado para recibir Ayuda adicional y considera que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos al surtir sus medicamentos en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, le permite presentar esta evidencia con nosotros. Contacte al Departamento de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo enviar esa evidencia a MetroPlus.

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague la cantidad correcta al surtir su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si pagó demasiado por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido copagos de usted y registra los copagos como deuda

suya, podríamos hacer los pagos directamente a la farmacia. Si un estado ha hecho los pagos por usted, podríamos hacer los pagos directamente al estado. Contacte al Departamento de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta.

### **Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare**

El Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare esta disponible a nivel nacional. Debido a que MetroPlus Partnership In Care Plan (HMO SNP) no tiene falta de cobertura, los descuentos detallados aquí no le corresponden a usted.

En vez, el plan sigue cubriendo sus medicamentos al monto regular de costos compartidos hasta que usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Vaya al Capítulo 6, Sección 5 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

El Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricante para medicamentos de marca a miembros afiliados en la Parte D que hayan llegado a la falta de cobertura y aún no reciban “Ayuda adicional”. Se ofrece un 50% de descuento del precio convenido (excluyendo la tarifa de distribución y la tarifa de administración de vacunas, si aplica) para los medicamentos de marca de fabricantes que han acordado pagar el descuento. Si usted llega a la falta de cobertura, nosotros automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia envía la factura de su receta y su Explicación de beneficios (EOB) mostrará cualquier descuento. El monto que usted paga y el monto de descuento del fabricante cuentan hacia sus costos de desembolso como si usted los hubiera pagado y cuentan para la falta de cobertura.

También recibirá alguna cobertura para medicamentos genéricos. Si llega a la Falta de Cobertura, el plan paga el 14% del costo de medicamentos genéricos y usted paga el 86% del costo. La cobertura de medicamentos genéricos funciona diferente que el descuento de 50% para los medicamentos de marca. Para medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (14%) no cuenta hacia sus costos de desembolso. Solamente el monto que usted paga cuenta y cuenta para la falta de cobertura. Además, la tarifa de distribución está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para medicamentos que usted toma o preguntas generales sobre el Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la portada trasera de este folleto).

### **¿Que sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), o cualquier otro programa que ofrece cobertura de medicamentos de la Parte D (distinto a Ayuda adicional), todavía puede recibir el descuento de 50% en medicamentos de marca cubiertos. El descuento de 50% se aplica al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

### **¿Que sucede si recibe Ayuda Adicional de Medicare con los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede recibir descuentos?**

No. Si recibe Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para los costos de medicamentos recetados durante la falta de cobertura.

### **¿Que sucede si no recibe un descuento, pero considera que debiera?**

Si usted considera que ha llegado a la falta de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima noticia de *Explicación de Beneficios* (EOB). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios*, debe contactarnos para asegurar que su registro de recetas esté correcto y actualizado. Si no estamos de acuerdo que le debemos un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para hacer una apelación de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP, por sus siglas en inglés)**

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados con base en su necesidad financiera, edad o afección médica. Cada Estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Estos programas suministran ayuda financiera para medicamentos recetados para ancianos con ingresos limitados y con necesidades médicas y para personas con discapacidades. En Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro farmacéutico para personas de la tercera edad (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage; EPIC, por sus siglas en inglés).

<b>Cobertura de seguro farmacéutico para personas de la tercera edad (EPIC)</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-332-3742
<b>TTY</b>	1-800-290-9138  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
<b>ESCRIBE</b>	EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018  Dirección de correo electrónico: <a href="mailto:epic@health.state.ny.us">epic@health.state.ny.us</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.state.ny.us/health_care/epic/">http://www.health.state.ny.us/health_care/epic/</a>

---

## SECCIÓN 8      **Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios**

---

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios y sus familias. Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

<b>Junta de jubilación para ferroviarios</b>	
<b>LLAME</b>	1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes  Si usted tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días festivos.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.rrb.gov">http://www.rrb.gov</a>

---

## SECCIÓN 9      **¿Tiene un "seguro colectivo" u otro seguro médico de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge), llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Departamento de Atención al Cliente si tiene preguntas. Puede consultar acerca de sus beneficios médicos, primas o periodo de inscripción de su empleador o como jubilado (o los de su cónyuge).

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

## **Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cosas que debe saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>34</b>
Sección 1.1	¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?.....	34
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica que está cubierta por el plan.....	34
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilizar proveedores en la red del plan para obtener su atención médica .....</b>	<b>36</b>
Sección 2.1	Usted debe elegir a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) para que le proporcione su atención médica y se encargue de la misma .....	36
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su médico de cabecera (PCP)? .....	37
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red .....	37
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red .....	38
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo obtener servicios cubiertos cuando se le presenta una emergencia o una necesidad urgente de atención .....</b>	<b>39</b>
Sección 3.1	Obtener atención si se le presenta una emergencia médica .....	39
Sección 3.2	Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de atención .....	41
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?.....</b>	<b>41</b>
Sección 4.1	Usted puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.....	41
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo .....	42

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?</b>	<b>42</b>
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	42
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	43
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para obtener atención en una "institución religiosa no especializada en servicios médicos"</b>	<b>44</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no especializada en servicios médicos?	44
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no especializada en servicios médicos está cubierta por nuestro plan?	45
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas para ser dueño de equipo médico durable</b>	<b>46</b>
Sección 7.1	¿Será dueño de su equipo médico durable después de efectuar cierto número de pagos bajo nuestro plan?	46

---

## **SECCIÓN 1      Cosas que debe saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo informa las cosas que necesita saber para usar el plan y que éste cubra su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesitará seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que el plan cubre.

Para obtener los detalles sobre la atención médica que nuestro plan cubre y qué parte del costo le corresponde a usted al obtener esta atención, utilice la tabla de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y cuánto paga usted*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?</b>
---

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica a los que el estado da licencias para prestar servicios y atención médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los "proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago en su totalidad. Dispusimos que estos proveedores prestaran los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red por lo general nos facturan directamente la atención que le dan a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, generalmente sólo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

<b>Sección 1.2      Reglas básicas para obtener su atención médica que está cubierta por el plan</b>
--

Como un plan de salud de Medicare, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) debe cubrir todos los servicios que están cubiertos por Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

Generalmente, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares de buen ejercicio médico.
- **Usted tenga un médico de cabecera (un PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP que pertenece a la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su médico de cabecera debe emitir una aprobación previa antes de que usted pueda utilizar a otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de la salud en el hogar. A esto se le denomina darle una "referimiento". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Los referimientos de su médico de cabecera no son obligatorias para atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia. Además existen algunos otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su médico de cabecera (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Por lo general usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver lo que significa una emergencia o los servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 en este capítulo.
  - Si usted necesita atención médica que Medicare le exige cubrir a nuestro plan, y los proveedores en nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Autorización debe obtenerse del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre como obtener aprobación para ver un médico que no pertenece a la red, vaya al la Sección 2.3 de este Capítulo.
  - Servicios de diálisis renal que usted obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

---

## **SECCIÓN 2      Utilizar proveedores en la red del plan para obtener su atención médica**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Usted debe elegir a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) para que le proporcione su atención médica y se encargue de la misma</b>
--------------------	---

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

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico o enfermero que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica.

Como explicamos más adelante, recibirá su atención de rutina o básica de su médico de cabecera (PCP). Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para que usted pueda ver a un especialista, usualmente deberá consultar primero a su PCP. Su PCP lo referirá a un especialista. Su PCP le proporcionará la mayoría de su atención y le ayudará a programar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro Plan. Esto incluye:

- Sus rayos x
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de especialistas
- Hospitalizaciones, y
- Atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y su evolución. Si necesita ciertos tipos de servicios o artículos cubiertos, antes debe haber recibido la aprobación de su médico de cabecera (PCP). En algunos casos, su médico de cabecera deberá recibir autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Debido a que su médico de cabecera proporcionará y coordinará su atención médica, usted deberá enviar todos sus expedientes médicos previos al consultorio de su médico de cabecera (PCP).

### **¿Cómo seleccionar a su PCP?**

Quizás usted ya seleccionó su PCP para que sea su médico habitual. Esta persona puede ser un médico o enfermero especializado. Usted puede seleccionar un PCP usando nuestro Directorio de proveedores/farmacias que enumera las direcciones, números de teléfono y especializaciones de los médicos. Usted debe llamar al consultorio de su PCP para asegurarse de que esté recibiendo pacientes nuevos. Una vez que escoja un PCP, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para que podamos actualizar nuestro historial. Si no ha escogido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de manera inmediata. Si no escoge un PCP dentro de un lapso de 30 días después de hacerse miembro de nuestro plan, nosotros escogeremos uno por usted.

## **Cambiar su PCP**

En cualquier momento puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Además, existe la posibilidad de que su PCP se salga de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar a un nuevo PCP.

Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente y podremos ayudarle a escoger un nuevo PCP.

### **Sección 2.2      ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su médico de cabecera (PCP)?**

Usted puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cabecera.

- Atención médica rutinaria para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (rayos X de los senos), pruebas de Papanicolaou, y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los obtenga de un proveedor de la red.
- Inyecciones contra la gripe y neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor del plan.
- Vacuna contra la Hepatitis B si hay un riesgo alto-moderado.
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red estén temporalmente indisponibles o, por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que usted obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Un especialista es un médico que está capacitado para proporcionar servicios de atención médica para una enfermedad específica o ciertas partes del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con ciertas condiciones de los huesos, músculos o articulaciones.

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, él o ella lo REFERIRÁ a un especialista que sí pueda hacerlo. Si su PCP lo refiere a otro médico, nosotros pagaremos por su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de la red. Hable con su PCP para asegurarse de que usted sepa cómo funcionan los referimientos. Si considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita consultar a un especialista distinto. Hay algunos tratamientos y servicios para los cuales su PCP debe obtener la autorización de MetroPlus Health Plan antes de que usted los reciba. Su PCP le podrá decir cuáles son.

Si no tenemos a un especialista en MetroPlus Health Plan que pueda brindarle la atención que necesita, le conseguiremos el cuidado que necesita de un especialista fuera de la red. Antes de que usted pueda ver al especialista, su médico debe pedirle un referimiento a MetroPlus. Si necesita ver a un especialista inmediatamente por causa de una emergencia, su médico no tiene que obtener un referimiento. Para obtener un referimiento, su médico debe brindarnos cierta información. Una vez que recibamos toda la información decidiremos, en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud, si usted puede ver al especialista fuera de la red. Una vez que recibamos toda la información decidiremos, en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud, si usted puede ver al especialista fuera de la red. En ese caso tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas.

#### **Sección 2.4      Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

Hay algunos servicios médicos que requieren la autorización de MetroPlus Health Plan para que el Plan pague por estos servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización o aprobación previa. Por lo general, el proveedor de atención médica que ordena el servicio realizará las gestiones para obtener la Autorización Previa del plan. Para que se autorice la solicitud, el proveedor de atención médica le brindará al plan información médica que detalle la necesidad que usted tiene de obtener el servicio que se solicita. En caso de emergencia, el médico/hospital debe notificarnos lo más pronto posible. Brevemente, los siguientes servicios requieren Autorización Previa del Plan de Salud:

- Todos los servicios brindados por proveedores fuera de la red, incluyendo médicos, hospitales, vendedores de equipo médico durable y otros proveedores fuera de la red
- Todas las hospitalizaciones de pacientes internados (médicas, quirúrgicas, rehabilitación de pacientes agudos, rehabilitación de pacientes subagudos, centros de enfermería especializada, hospitalizaciones para tratar drogadicción o alcoholismo para pacientes internados u hospitalizaciones psiquiátricas para pacientes internados)
- Las hospitalizaciones planeadas u optativas deben ser autorizadas a más tardar 7 días antes de la fecha de hospitalización anticipada.
- Se debe obtener autorización previa para todo equipo médico durable. En este caso, el médico que ordena el equipo o la compañía que lo provee obtendrá la Autorización Previa.
- También se debe obtener Autorización Previa para todos los servicios de atención domiciliaria cubiertos por el plan. Una vez más, el proveedor de atención médica que ordena estos servicios es quien normalmente obtendrá la Autorización Previa. A veces,

la agencia que brinda los servicios de atención domiciliaria obtendrá la autorización previa.

- Procedimientos especiales de Rayos X, tales como Tomografías Computarizadas (CT), Tomografías por Emisión de Positrones (PET), Imágenes de Resonancia Magnética (MRI) u otras pruebas de Rayos X, altamente tecnológicas, para pacientes ambulatorios, también deben recibir autorización previa de nuestro proveedor de radiología. El médico/proveedor que emita la orden debe contactar a nuestro proveedor de radiología para obtener más información.

Una vez que MetroPlus Health Plan reciba una solicitud de Autorización Previa, uno de los Directores Médicos del Plan la analizará para determinar si el servicio solicitado es médicamente necesario y es un beneficio cubierto. En algunos casos, tales como los servicios de Rayos X enumerados arriba, MetroPlus le pedirá a un médico especialista externo que revise la solicitud y tome una decisión con respecto al servicio.

### **¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red se sale de nuestro plan?**

Algunas veces un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de la red que usted esté usando podría salirse del plan. Si esto ocurre, deberá cambiarse a otro proveedor que sea parte de nuestro Plan. El Departamento de Atención al Cliente puede ayudarle a buscar y elegir a otro proveedor. MetroPlus permitirá continuar un curso de tratamiento en progreso durante un período de hasta 90 días a los miembros que sufran de enfermedades complejas, degenerativas, incapacitantes o que pongan sus vidas en riesgo. Usted debe transferirse a un proveedor adherido tan pronto como sea posible.

---

## **SECCIÓN 3      Cómo obtener servicios cubiertos cuando se le presenta una emergencia o una necesidad urgente de atención**

---

<b>Sección 3.1      Obtener atención si se le presenta una emergencia médica</b>
--

### **¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer usted si se le presenta una?**

Una "**emergencia médica**" es cuando usted o cualquier otra persona prudente, no especializada, con un conocimiento promedio de salud y medicina, considere que usted tiene síntomas médicos que requieran atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida o de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias, hospital, o al centro de atención urgente más cercano. Llame y pida una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero una aprobación ni un referimiento de su médico de cabecera.

- **Tan pronto como pueda, asegúrese de que se le haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Nosotros debemos hacerle seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más deben llamar para comunicarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al consultorio de su médico de cabecera al número que aparece en su tarjeta de membresía. Su médico de cabecera ayudará a administrar y hacer seguimiento a su atención de emergencia.

### **¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?**

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que lo necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias en cualquier otra forma podría poner en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están proporcionando atención de emergencia para ayudar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que estén proporcionándole la atención de emergencia decidirán cuando su condición sea estable y se haya terminado la emergencia médica.

Después de terminarse la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia la proporcionan proveedores fuera de la red, trataremos de disponer que los proveedores de la red retomen su caso en cuanto lo permitan su afección médica y las circunstancias.

### **¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?**

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una verdadera emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia, pensando que su salud está en serio peligro, y el médico le podría decir después de todo que no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en serio peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos *únicamente* la atención adicional si usted recibe atención adicional en una de estas dos formas:

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

---

<b>Sección 3.2</b>	<b>Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de atención</b>
--------------------	---

**¿Qué son “servicios requeridos de urgencia”?**

"Atención de urgencia" es una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no sea de emergencia y requiera atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan no esté disponible temporalmente o no se pueda acceder. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un recrudecimiento imprevisto de una afección que usted ya tiene (por ejemplo, recrudece una enfermedad crónica de la piel).

**¿Qué pasa si se encuentra en el área de servicio del plan cuando se le presenta una necesidad urgente de recibir atención?**

En la mayoría de las otras situaciones, si usted se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos los servicios requeridos de atención urgente *únicamente* si usted recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las demás reglas descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red están temporalmente indisponibles o inaccesibles, nosotros cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

**¿Qué pasa si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando se le presenta una necesidad de recibir atención urgente?**

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios requeridos de urgencia ni ninguna otra atención si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

---

**SECCIÓN 4**      **¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Usted puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Si pagó más de su parte por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Solicitar que nosotros paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué debe hacer.

---

<b>Sección 4.2</b>	<b>Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo</b>
--------------------	---

MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, que están enumerados en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y que se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque los obtuvo fuera de la red sin autorización.

Si usted tiene alguna pregunta sobre si nosotros pagaremos algún servicio o atención médica que usted esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo obtenga. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nosotros o desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al número que se encuentra en la portada trasera de este folleto para obtener más información sobre cómo hacer esto.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto pagado que sobrepase el máximo de beneficios específico no contará para su monto de desembolso máximo. Puede llamar al Departamento de Atención al Cliente cuando desee conocer la cantidad de su límite de beneficio que ya haya utilizado.

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?</b>
------------------	--

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?</b>
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando que los voluntarios ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los investigadores a determinar si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare aprueba el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del mismo y usted tenga pleno entendimiento y aceptación de lo que está involucrado si participa en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener la aprobación de nuestro plan ni de su médico de cabecera. Los proveedores que proporcionen su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita obtener el permiso de nuestro plan para formar parte de un estudio de investigación clínica, **sí necesita informarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.** Estos son los motivos del por qué necesita informarnos:

1. Le podemos hacer saber si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Le podemos informar qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de nuestro plan.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente (consulte Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de Cobertura*).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?</b>
--------------------	--

Una vez que usted se afilia a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Habitación y alimentos por la estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría de los costos de servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde de los costos de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte. Pagaremos la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos que le corresponden a usted 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.

*Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:* Supongamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte del costo para este análisis, por medio de Original Medicare es \$20, pero sería solamente \$10 bajo nuestros beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagará \$10, el mismo monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted tendrá que presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, debe mandarnos una copia de su Noticias de resumen de Medicare o otra documentación que muestra cuales servicios usted recibió como parte del estudio y cuanto debe pagar. Vea el Capítulo 7 para más información sobre como presentar un pedido por pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio se encuentre probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos y los servicios que el estudio proporcione gratuitamente a usted o a cualquier participante.
- Los artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición por lo general requiere de una tomografía computarizada únicamente.

### ¿Qué otra cosa desea saber?

Puede obtener más información para incorporarse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) que se encuentra en el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una "institución religiosa no especializada en servicios médicos"**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa no especializada en servicios médicos?</b>
--------------------	---

Una institución religiosa no especializada en servicios médicos es un centro que proporciona atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o se atendería 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, a su vez, proporcionaremos cobertura de atención en una institución religiosa no especializada en servicios médicos. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio únicamente se proporciona para los servicios para pacientes internados de la Parte A (atención no especializada en servicios médicos). Medicare únicamente pagará la atención no especializada en servicios médicos proporcionada por instituciones religiosas no especializadas en servicios médicos.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué atención de una institución religiosa no especializada en servicios médicos está cubierta por nuestro plan?</b>
--------------------	---

Para obtener atención de una institución religiosa no especializada en servicios médicos, usted debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico "no excluido".

- Una atención o tratamiento médico "no excluido" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico "excluido" es la atención o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o *es obligatorio* bajo las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no especializada en servicios médicos debe cumplir con las condiciones siguientes:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución proporcionados en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios únicamente si su condición normalmente cumpliría con las condiciones de cobertura de servicios suministrada por las agencias de atención de la salud en el hogar que no sean instituciones religiosas no especializadas en servicios médicos.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las condiciones siguientes:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada.
  - – y – usted debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser ingresado al centro, de otra manera su estadía no será cubierta.

Nuestro Plan no cubre su estadía en instituciones religiosas no especializadas en servicios médicos (RNHCI, por sus siglas en inglés) a no ser que obtenga autorización (aprobación) previa de nuestro Plan. Aplican límites de cobertura de Medicare Inpatient Hospital. Estos límites se describen en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

---

## **SECCIÓN 7 Reglas para ser dueño de equipo médico durable**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Será dueño de su equipo médico durable después de efectuar cierto número de pagos bajo nuestro plan?</b>
--------------------	--

El equipo médico durable incluye artículos tales como equipo y suministros para oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas hospitalarias que ordena un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, tales como prótesis, siempre son propiedad del afiliado. En esta sección hablamos sobre otros tipos de equipo médico durable que debe ser rentado.

Bajo Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico durable son dueños del equipo después de efectuar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de MetroPlus Partnership In Care Plan (HMO SNP), por lo regular usted no será dueño de artículos rentados de equipo médico durable, independientemente del número de copagos que efectúe por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, traspasaremos la propiedad del artículo de equipo médico durable. Llame al Departamento de Atención al Cliente (los números figuran en la portada trasera de este manual) para averiguar los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

### **¿Qué sucede con los pagos que ha efectuado por equipo médico durable si se cambia a Original Medicare?**

Si se cambia a Original Medicare después de haber sido miembro de nuestro plan: Si no se hizo propietario del artículo de equipo médico durable mientras estaba afiliado a nuestro plan, tendrá que efectuar 13 pagos nuevos y consecutivos por ese artículo mientras sea miembro de Original Medicare para que el mismo pase a ser de su propiedad. Sus pagos anteriores, realizados cuando era miembro de nuestro plan, no cuentan para esos 13 pagos nuevos y consecutivos.

Si efectuó pagos por el artículo de equipo médico durable cuando era miembro de Original Medicare, *antes* de afiliarse a nuestro plan, tampoco esos pagos anteriores en Original Medicare cuentan hacia los 13 pagos nuevos y consecutivos. Tendrá que efectuar 13 pagos nuevos y consecutivos por el artículo, mientras esté afiliado a Original Medicare para que ese artículo sea suyo. No hay excepciones a esta regla cuando regrese a Original Medicare.

---

## **Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)**

<b>SECCIÓN 1 Entender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos</b> .....	<b>48</b>
Sección 1.1 ¿Qué tipos de desembolsos debe hacer por sus servicios con cobertura?.....	48
Sección 1.2 ¿Cual es el deducible anual del plan? .....	48
Sección 1.3 Nuestro plan tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios .....	49
Sección 1.4 ¿De cuánto es la suma máxima que deberá pagar por servicios médicos con cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare? .....	49
Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores envíen “facturas de balance” .....	50
<b>SECCIÓN 2 Utilice esta <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará usted</b> .....	<b>51</b>
Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	51
<b>SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?</b> .....	<b>73</b>
Sección 3.1 Beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones) .....	73

---

## **SECCIÓN 1      Entender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos**

---

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y en lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos e informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También informa sobre limitaciones en ciertos servicios.

<b>Sección 1.1      ¿Qué tipos de desembolsos debe hacer por sus servicios con cobertura?</b>
---

Para comprender la información de pagos que le suministramos en este capítulo, debe conocer los tipos de desembolsos que usted puede tener que pagar por sus servicios con cobertura.

- El **“deducible”** es la suma que debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar lo que le corresponde. (Sección 1.2 le informa más sobre su deducible anual)
- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que surta una receta médica. Usted paga el copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en Sección 2 le informa más sobre sus copagos.)
- **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del monto total por ciertos servicios médicos. Usted paga el coaseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más sobre sus coaseguros.)

Algunas personas reúnen los requisitos para programas estatales de Medicaid para ayudarles a pagar sus desembolsos de Medicare. (Estos "Programas de Descuentos de Medicare" incluyen los programas de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB), Individuo Calificado (QI) y Individuos Calificados con Discapacidades y Trabajadores (QDWI).) A pesar de estar inscrito en uno de estos programas, quizás aún deba pagar un copago por el servicio, dependiendo de las reglas de su Estado.

<b>Sección 1.2      ¿Cuál es el deducible anual del plan?</b>
---

Su deducible anual es \$162 (este es el monto para el 2011 y puede cambiar en el 2012.) Este es el monto que tiene que pagar en desembolsos antes de que paguemos nuestra parte de sus servicios médicos cubiertos.

Debe pagar el costo completo de sus servicios cubiertos hasta que haya pagado el monto de su deducible. Una vez que haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte del costo de sus servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coaseguro) por el resto del año calendario.

El deducible no corresponde para ciertos servicios. Esto significa que nosotros pagaremos nuestra parte del costo de estos servicios aunque usted aún no haya pagado su deducible anual. El deducible no corresponde para los siguientes servicios:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Atención de la salud en el hogar
- Capacitación para el automonitoreo de la diabetes
- Servicios de Educación sobre Enfermedades Renales
- Medicamentos recetados de la Parte D

### **Sección 1.3    Nuestro plan tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios**

Además del deducible anual del plan que corresponde para todos sus servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible anual separado para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto de deducible anual de \$0 o \$1132 (este es el monto de 2011 y puede cambiar para el 2012) para hospitalizaciones de pacientes internados. Debe pagar el costo completo de las hospitalizaciones de pacientes internados hasta que haya pagado el monto de su deducible. Una vez que haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte del costo de estos servicios y usted pagará su parte, su copago, por el resto del periodo de beneficios.

### **Sección 1.4    ¿De cuánto es la suma máxima que deberá pagar por servicios médicos con cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare?**

Puesto que usted es miembro de un Plan de Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar en desembolsos cada año para recibir servicios médicos cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare dentro de la red (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el desembolso máximo por servicios médicos.

Como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), el monto mayor que tendrá que pagar en desembolsos por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red en el 2012 es \$6700. Los montos que paga en deducibles, copagos, y coaseguro para servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el monto de desembolso máximo. (Los montos que paga para primas del plan y sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto de desembolso máximo.) Si llega al monto de desembolso máximo de \$6700, no tendrá

que pagar ningún costo de desembolso por el resto del año para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid o un tercero).

<b>Sección 1.5</b>	<b>Nuestro plan no permite que los proveedores envíen “facturas de balance”</b>
--------------------	---

Como miembro de MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP), una protección importante que usted tiene es que cuando haya pagado sus deducibles, sólo tendrá que pagar el monto de costos compartidos del plan cuando obtenga los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, tales como “facturas de balance”. Esta protección (que usted nunca pagará más del monto de costos compartidos del plan) le corresponde aunque nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aunque haya una disputa y nosotros no le paguemos ciertos cargos al proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted sólo paga ese monto por cualquier servicio de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los gastos totales), entonces usted nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que usted vea:
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como figura en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, tales como cuando usted obtiene un referimiento).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, entonces usted paga el monto de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, tales como cuando usted obtiene un referimiento).

---

## **SECCIÓN 2      Utilice esta *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará usted**

---

<b>Sección 2.1      Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan</b>
---

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) y sus desembolsos por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios con cobertura de Medicare deben serle suministrados de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, y equipo *debe ser* médicamente necesario. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares de buen ejercicio médico.
- Usted recibirá su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, no estará cubierta. El Capítulo 3 suministra más información acerca de los requisitos para usar proveedores de la red y los casos en los que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tenga un médico de cabecera (un PCP) que proporcione y supervise su atención. En la mayoría de los casos, su médico de cabecera (PCP) dará su aprobación previa antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se denomina darle un "referimiento". El Capítulo 3 suministra más información acerca de cómo obtener un referimiento y los casos en que no necesita un referimiento.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por anticipado (algunas veces denominada "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin que usted pague nada.

## Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<b>Atención de paciente internado</b>	
<b>Atención hospitalaria de paciente internado*</b>	
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)</li> <li>• Alimentos, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios regulares de enfermería</li> <li>• Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o cardíaco)</li> <li>• Medicamentos y medicinas</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Rayos X y otros servicios de radiología</li> <li>• Materiales quirúrgicos y médicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costo de la sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias en pacientes internados</li> <li>• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, y intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, éste decidirá si usted es candidato a un trasplante. Si MetroPlus Partnership in Care Plan (HMO SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación distante (más allá de los patrones comunitarios de atención normales) y usted decide obtener trasplantes en esa ubicación distante, nosotros gestionaremos o pagaremos los costos del hospedaje y transporte adecuado para usted y un acompañante.</li> <li>• Sangre: incluidos su almacenamiento y suministro. Cobertura de sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza sólo a</li> </ul>	<p>Días 1 a 60: Deducible de \$1,132</p> <p>Días 61 - 90: \$283 por día</p> <p>Días 91 - 150: \$566 por día de reserva de por vida</p> <p>Estos montos son para el 2011 y cambiarán en el 2012.</p> <p>Si recibe atención de paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia haya sido estabilizada, el costo que debe pagar es el mas alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

**Servicios que están cubiertos para usted:**

**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**

partir del cuarto medio litro de sangre que necesite - usted paga los tres primeros medios litros de sangre no remplazada. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del primer medio litro empleado.

- Servicios del médico

**Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir un orden para admitirlo al hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También encontrará más información en una hoja de información de Medicare titulada “¿Es usted paciente internado o ambulatorio en el hospital? Si Usted Tiene Medicare - ¡Pregunte!” Esta hoja de información está disponible en el sitio Web, en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Estos números son gratuitos, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados*</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de Salud Mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li></ul>	<p>Días 1 a 60: Deducible de \$1,132</p> <p>Días 61 - 90: \$283 por día</p> <p>Días 91 – 150: \$566 por día de reserva de por vida</p> <p>Estos montos son para el 2011 y cambiarán en el 2012.</p>
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)*</b></p> <p>(Para conocer la definición de un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Algunas veces, a los centros de enfermería especializada se les denomina "SNF".)</p> <p>Por cada periodo de beneficios MetroPlus cubre 100 días.</p> <p>Se requiere una estadía previa de tres (3) días en el hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)</li><li>Alimentos, incluidas dietas especiales</li><li>Servicios regulares de enfermería</li><li>Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li><li>Medicamentos suministrados a usted como parte de su plan de atención (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea.)</li><li>Sangre: incluidos su almacenamiento y suministro. Cobertura de</li></ul>	<p>Días 1 a 30: Copago de \$50 por día</p> <p>Días 31 a 100: Copago de \$0 por día</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted:</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p>sangre completa y de glóbulos rojos empacados comienza sólo a partir del cuarto medio litro de sangre que necesite - usted paga los tres primeros medios litros de sangre no remplazada. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del primer medio litro empleado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Materiales médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF</li><li>• Análisis de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF</li><li>• Rayos X y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF</li><li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas proporcionados normalmente por los SNF</li><li>• Servicios del médico</li></ul> <p>Por lo general, usted recibirá su atención de SNF en centros del plan. No obstante, en ciertas circunstancias que se indican a continuación, usted puede pagar el costo compartido de la red por un centro que no sea un proveedor del plan, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continúa en la que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando suministre atención de centro de enfermería especializada).</li><li>• Un SNF en el que esté viviendo su cónyuge en el momento en que usted salga del hospital.</li></ul>	
<b>Servicios de paciente internado cubiertos cuando los días de hospital no están cubiertos*</b>	Copago de \$0

Si agotó sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe cuando está internado en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los artículos cubiertos incluyen, a título enunciativo mas no limitativo:

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios del médico</li><li>• Pruebas diagnósticos (como análisis de laboratorio)</li><li>• Rayos X, radioterapia o terapia con isótopos incluyendo materiales y servicios del técnico</li><li>• Vendas quirúrgicas</li><li>• Férulas, yesos y otros mecanismos usados para tratar fracturas y dislocaciones</li><li>• Dispositivos protéticos y ortóticos (diferentes a los odontológicos) que replacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejidos adyacentes), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no esté funcionando o que esté fallando de manera permanente, incluyendo el reemplazo y las reparaciones de tales dispositivos</li><li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparación y reemplazo que se necesiten debido a ruptura, desgaste, pérdida o a un cambio en la condición del paciente</li><li>• Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional</li></ul>	
<p><b>Atención de salud en el hogar brindada por una agencia*</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de atención de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar deben sumar juntos menos de 8 horas diarias y 35 horas semanales)</li><li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li><li>• Servicios sociales y médicos</li><li>• Equipo y material médico</li></ul>	<p>Copago de \$0 por visitas de atención de la salud en el hogar cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le enviará las facturas a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor</li><li>• Cuidado durante el reposo a corto plazo</li><li>• Atención de la salud en el hogar</li></ul> <p>Usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Si necesita atención, que no sea de hospicio (cuidado que no esté relacionado con su enfermedad terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede obtener atención, que no sea de hospicio, de los proveedores del plan. En este caso, usted sólo paga los costos compartidos autorizados por el plan</li><li>• --o-- Original Medicare puede cubrir su atención médica. En este caso, usted debe pagar los montos de costos compartidos de Original Medicare, excepto para atención de emergencia o de urgencia. Sin embargo, después de efectuar el pago, nos puede pedir que le reembolsemos la diferencia entre los costos compartidos de nuestro plan y los costos compartidos de Original Medicare.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención, que no sea de hospicio (cuidado que no esté relacionado con su enfermedad terminal), debe contactarnos para organizar los servicios. Al obtener su atención, que no sea de hospicio, por medio de nuestros proveedores de la red, disminuirá su parte de los costos de estos servicios.</p>	<p>Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Original Medicare y no por MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).</p>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	
<b>Servicios del medico, incluidas las visitas al consultorio medico</b>	Copago de \$0 por cada

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios brindados en un consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalaria de paciente ambulatorio, o cualquier otro lugar</li><li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li><li>• Estudios auditivos y de equilibrio básicos, realizados por su médico de cabecera O especialista, si su médico lo solicita para verificar si usted necesita tratamiento médico</li><li>• Visitas al consultorio de Telehealth, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un especialista</li><li>• Segunda opinión por otro proveedor de la red, antes de la cirugía</li><li>• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, tratamiento de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).</li></ul>	<p>visita al médico de cabecera por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>5% del costo por cada visita al especialista por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios de paciente ambulatorio</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de paciente ambulatorio de un hospital para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios en un departamento de emergencia o clínica de paciente ambulatorio, incluyendo cirugía ambulatoria</li><li>• Análisis de laboratorio facturados por el hospital</li><li>• Atención de salud mental, incluyendo cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento de paciente internado sería requerido sino.</li><li>• Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li><li>• Suministros médicos como férulas y yesos</li></ul>	<p>Copago de \$50 por cada servicio hospitalario de paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ciertas pruebas de detección y servicios preventivos</li><li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no se puede administrar a sí mismo</li></ul> <p><b>Nota:</b> A no ser que el proveedor le escriba una orden para que sea hospitalizado como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y pagará el monto de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en una hoja de información de Medicare titulada “¿Es usted paciente internado o ambulatorio en el hospital? Si Usted Tiene Medicare - ¡Pregunte!” Esta hoja de información está disponible en el sitio Web, en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Estos números son gratuitos, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solamente cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</li></ul>	<p>Copago de \$10 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de podiatra</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo).</li><li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas de las extremidades inferiores</li><li>• Hasta una (1) visita de podiatra rutina cada tres (3) meses</li></ul>	<p>Copago de \$10 por visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por visitas rutinarias.</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera profesional, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado de Medicare, según lo permita la ley estatal aplicable.</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de atención de salud mental de paciente ambulatorio cubierta por Medicare</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo ofrecido en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa para la hospitalización de un paciente internado.</p>	<p>Copago de \$50 para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Copago de \$20 por visitas individual o en grupo cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en los centros hospitalarios de paciente ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será hospitalizado como paciente internado o paciente ambulatorio. A no ser que el proveedor le escriba un orden para que sea hospitalizado como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y pagará el monto de costos compartidos para cirugías ambulatorias. Aunque usted pase la noche en el hospital, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Copago de \$50 por cada cirugía de paciente ambulatorio cubierta por Medicare</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de</li></ul>	<p>Copago de \$0 por servicios de ambulancia cubiertos</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ambulancia terrestre y aérea de ala fija y giratoria, al centro apropiado más cercano que pueda proporcionar atención si se proporcionan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte estén contraindicados (pudieran poner en riesgo la salud de la persona) o esté autorizado por el plan. La condición del miembro debe requerir el transporte en ambulancia como tal y el nivel de servicio proporcionado para que el servicio facturado se considere médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados (pudieran poner en riesgo la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido.</li></ul>	<p>por Medicare.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia es atención que se requiere para evaluar o estabilizar una condición medica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente, no especializada, con un conocimiento promedio de salud y medicina, considere que usted tiene síntomas médicos que requieran atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida o de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Este servicio no está cubierto fuera de los Estados Unidos menos bajo circunstancias limitadas. Contacte el Departamento de Atención al Cliente para más detalles (los números de teléfono se encuentran en la portada).</p>	<p>Copago de \$50 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si ingresa al hospital por la misma condición en las 24 horas siguientes, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenezca a la red y necesita atención de paciente internado una vez que su condición haya sido estabilizada, el plan debe autorizar su atención de paciente internado en el hospital que no pertenece a la red y usted paga un costo igual al costo compartido</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	que pagaría en un hospital de la red.
<p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>Atención de urgencia es atención brindada para tratar una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no sea de emergencia y requiera atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan no esté disponible temporalmente o no se pueda acceder.</p> <p>Este servicio está cubierto dentro de los Estados Unidos.</p>	Copago de \$10 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.
<p><b>Servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.</p> <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varios entornos para pacientes ambulatorios, tales como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	Copago de \$25 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.  Copago de \$25 por visitas de terapia física y/o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Se cubren programas integrales que incluyen ejercicio, educación y asesoría, siempre y cuando los ordene un médico y los miembros cumplan ciertos requisitos. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que por lo regular son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	Copago de \$25 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Programas integrales de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD), desde moderada hasta muy severa, y tengan una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	Copago de \$25 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Equipo médico durable y suministros relacionados</b></p> <p>(Para conocer la definición del "equipo médico durable", consulte el Capítulo 12 de este folleto.)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, a título enunciativo mas no limitativo: sillas de rueda, muletas, cama de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizadores y caminadores.</p>	<p>Copago de \$0 por equipo y suministros médicos durables cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Aparatos de prótesis y suministros relacionados*</b></p> <p>Aparatos (distintos a los dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas para colostomía y materiales directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, frenos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos materiales relacionados con aparatos de prótesis y reparación o reemplazo de aparatos de prótesis. También incluye alguna cobertura posterior a la remoción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Copago de \$0 por aparatos y suministros de prótesis cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Capacitación para el automanejo de la diabetes y servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos con lancetas y soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y monitores.</li><li>• Para personas con diabetes con afección diabética severa de los pies: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y dos pares de insertos adicionales o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (no están incluidos los insertos desmontables no personalizados proporcionados con dichos zapatos). La cobertura incluye la prueba.</li><li>• La capacitación para el automanejo está cubierta bajo ciertas condiciones.</li></ul>	<p>Copago de \$0 por capacitación de automonitoreo de diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por suministros para la diabetes.</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y materiales terapéuticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rayos X</li><li>• Radiación (radio y terapia con isótopos) incluyendo materiales y servicios del técnico</li><li>• Suministros quirúrgicos, como vendas</li><li>• Férulas, yesos y otros mecanismos usados para tratar fracturas y dislocaciones</li><li>• Análisis de laboratorio</li><li>• Sangre. Cobertura a partir del cuarto medio litro de sangre que necesite - usted paga los 3 primeros medios litros de sangre no reemplazada. Cobertura del almacenamiento y suministro a partir del primero medio litro de sangre que necesite.</li><li>• Otras pruebas de diagnóstico de paciente ambulatorio</li></ul>	<p>Copago de \$0 para pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y materiales terapéuticos.</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de médico para pacientes ambulatorios para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones de la vista) para anteojos/contactos.</li><li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, como personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años de edad o mayores: una prueba de detección de glaucoma una vez al año.</li><li>• Un examen de la vista rutinario cada año.</li><li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).</li><li>• Lentes/monturas correctivas (y reemplazos) necesarios después</li></ul>	<p>Copago de \$0 a \$5 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$10 por exámenes de la vista rutinarios</p> <p>Copago de \$0 por anteojos</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 para monturas de anteojos cada año.</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de una operación de cataratas sin implante de lente intraocular.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un par de anteojos adicionales cada año,</li><li>• Un par de lentes de contacto adicionales cada año</li><li>• Una montura de anteojos adicional cada año</li></ul>	
<b>Servicios Preventivos</b>	
<p>Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin que usted pague nada.</p>	
<b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b>  Un único ultrasonido de detección para personas en riesgo. El plan sólo cubre esta prueba si recibe un referimiento para el mismo como resultado de su examen físico de "Bienvenida a Medicare".	Copago de \$0 por un examen de detección de aneurisma aórtico abdominal cubierto por Medicare.
<b>Densitometría ósea</b>  Para personas calificadas (generalmente esto significa con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si fuera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	Copago de \$0 por densitometría ósea cubierto por Medicare.
<b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b>  Para personas mayores de 50 años, está cubierto lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sigmoidoscopia flexible (o prueba de enema de bario como alternativa) cada 48 meses</li><li>• Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses</li></ul> Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:	Copago de \$0 por prueba de detección colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de colonoscopia (o prueba de enema de bario, como alternativa) cada 24 meses</li> </ul> <p>Para personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una prueba de sigmoidoscopia</li> </ul>	
<p><b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Para personas que piden una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infectarse con VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada visita al médico de cabecera por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Coaseguro de 5% por cada visita al especialista por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Vacunas</b></p> <p>Servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe, una vez al año en el otoño o invierno</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de la cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>Copago de \$0 por la vacuna para la gripe y la neumonía.</p> <p>Copago de \$0 por la vacuna para la hepatitis B.</p> <p>Para las vacunas para la gripe y la neumonía no se necesita referimiento.</p> <p>Otras vacunas pueden estar cubiertas. Contacte el plan para más detalles.</p>
<p><b>Prueba de detección de cáncer de los senos (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de los senos</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted:</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Un examen inicial de mamografía entre las edades de 35 y 39 años</li><li>• Una prueba de mamografía cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años</li><li>• Exámenes clínicos de los senos cada 24 meses</li></ul>	(mamografía) cubiertos por Medicare.
<p><b>Examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para todas las mujeres: Exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos cada 24 meses</li><li>• Si tiene alto riesgo de cáncer cervical o si ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales y se encuentra en edad reproductiva: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li></ul>	Copago de \$0 por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertas por Medicare.
<p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente - una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen digital del recto</li><li>• Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).</li></ul>	Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.
<p><b>Prueba de enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Los análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) cada 5 años (60 meses).</p>	Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.
<p><b>El Examen Físico de "Bienvenida a Medicare"</b></p>	No hay coaseguro, copago o deducible para el examen

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El plan cubre un examen físico único de “Bienvenida a Medicare”, el cual incluye un chequeo de su salud, al igual que educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertas pruebas y vacunas), y si es necesario, referimientos a otros cuidados.</p> <p><b>Importante:</b> Debe hacerse el examen físico dentro de los primeros 12 meses de su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su examen físico de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>de Bienvenida a Medicare.</p>
<p><b>Visita Anual para el Bienestar</b></p> <p>Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención en base a sus factores de salud y riesgos actuales. Esto se cubre cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> No puede hacer su primera visita de bienestar anual hasta que hayan pasado 12 meses desde su examen de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido un examen de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de que haya tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p><b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Nosotros cubrimos esta prueba (incluye la evaluación de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: alta presión sanguínea (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de exceso de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>En base a los resultados de estas pruebas, es posible que usted sea elegible para recibir hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Copago de \$0 por exámenes de detección cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted:</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero no con diálisis) o después de un trasplante cuando sea referido por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoría personales durante el primer año que usted reciba servicios de terapia médica nutricional bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, usted podría recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si usted necesita que el tratamiento continúe en un año calendario posterior.</p>	<p>Copago de \$0 por terapia nutricional médica cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Dejar de fumar y usar tabaco (asesoría para dejar de fumar)</b></p> <p>Si usted usa tabaco pero no presenta síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos de asesoría para dejar el tabaco, durante un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>Si usted usa tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que podrían verse afectados por el tabaco: cubrimos servicios de asesoría para dejar el tabaco. Cubrimos dos intentos de asesoría para dejar el tabaco dentro de un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes para pacientes internados o ambulatorios.</p>	<p>Si usted no ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con o complicada por el uso de tabaco:</p> <p>Copago de \$0 por asesoría para dejar de fumar y usar tabaco cubierta por Medicare.</p> <p>Si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con o complicada por el uso de tabaco, o toma medicamentos que podrían verse afectados por el tabaco:</p> <p>Copago de \$0 por asesoría para dejar de fumar y usar tabaco cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted:

**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

## Otros servicios

### Servicios para tratar la enfermedad renal y afecciones

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para aprender sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a los miembros a tomar decisiones bien fundamentadas sobre su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa 4, cuando sean referidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales, de por vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)
- Tratamientos de diálisis a pacientes internados (si usted es admitido en un hospital para recibir atención especial)
- Capacitación de auto diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipo y suministros de diálisis para el hogar
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para examinar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y examinar su equipo de diálisis y suministro de agua)

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vea la sección mas abajo, " Medicamentos recetados de la Parte B".

Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad renal y condiciones de los riñones.

### Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare

Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

Coaseguro de 0% para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos que generalmente no son suministrados por el paciente mismo y que se inyectan o se infunden al recibir servicios médicos, de paciente ambulatorio hospitalario, o en un centro de cirugía ambulatorio</li><li>• Medicamentos que toma mediante el uso de equipo médico durable (como un nebulizador) autorizado por el plan</li><li>• Factores de coagulación que se suministra a sí mismo por inyección si usted tiene hemofilia.</li><li>• Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un trasplante de órgano</li><li>• Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no se puede administrar a sí misma el medicamento</li><li>• Antígenos</li><li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas</li><li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa)</li><li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias de inmunodeficiencia.</li></ul> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D, como miembro de nuestro plan, aparece en el Capítulo 6.</p>	
<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios dentales</b>  Por lo general, servicios dentales preventivos (como limpiezas,	Copago de \$0 por beneficios dentales

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>chequeos bucales de rutina, y rayos-x dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Nosotros cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hasta 1 chequeo bucal cada seis (6) meses</li> <li>• hasta 1 limpieza cada seis (6) meses</li> <li>• hasta 1 tratamiento de fluoruro cada seis (6) meses</li> <li>• Hasta un rayo x dental cada año</li> </ul>	<p>cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por beneficios dentales preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones de la audición básicas llevadas a cabo por su médico están cubiertos como atención de paciente ambulatorio cuando están proporcionadas por un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</li> <li>• Un examen de la audición rutinario cada año.</li> <li>• Una prueba de medición/evaluación para audífonos cada año.</li> <li>• Hasta \$500 para audífonos cada tres años.</li> </ul>	<p>Copago de \$10 por chequeos diagnósticos de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por un examen de la audición rutinario</p> <p>Copago de \$0 para audífonos.</p> <p>Copago de \$0 para cada prueba/evaluación de medición de audífonos</p>
<p><b>Programas educativos de salud y bienestar</b></p> <p>Programas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales escritos de educación en salud, incluyendo boletines</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por programas educativos de salud y bienestar.</p>
<p><b>Transporte (De Rutina)</b></p>	<p>Copago de \$0 por servicios de transporte rutinarios</p>

Servicios que están cubiertos para usted:	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
MetroPlus cubrirá su transporte a cualquier ubicación aprobada por el plan. Este beneficio incluye sus citas médicas y viajes a la farmacia para traer sus medicamentos. MetroPlus cubrirá hasta 3 viajes de ida y vuelta cada tres meses usando el tránsito público de NYC.	

### SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

#### Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué tipos de beneficios están "excluidos". Excluido significa que el plan no cubre estos beneficios.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos que están cubiertos únicamente bajo condiciones específicas.

Si usted recibe beneficios que no están cubiertos, deberá pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de este folleto), tampoco lo hará Original Medicare. La única excepción: Si se determina, bajo apelación, que un beneficio en la lista de exclusión debe ser un beneficio médico que debimos haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información para apelar una decisión que nosotros hayamos tomado para no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3 en este folleto.)

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de beneficios, o en cualquier otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*, **los artículos y servicios siguientes no están cubiertos bajo Original Medicare ni por nuestro plan:**

- Los servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare, a menos que estos servicios se enumeren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Los procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Original Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.) Procedimientos y artículos experimentales son aquellos procedimientos y artículos que tanto nuestro plan como Original Medicare determinen que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.

- 
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, excepto cuando sea considerado médicamente necesario y esté cubierto por Original Medicare.
  - Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea considerado médicamente necesario.
  - Enfermería de servicio privado.
  - Los artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.
  - Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
  - Custodia, a no ser que sea proporcionada con servicios de enfermería especializada y/o de rehabilitación especializada. Custodia o atención no especializada, es la atención que le ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.
  - Servicios de empleada doméstica incluyen asistencia de mantenimiento básico del hogar, incluyendo limpieza ligera o preparación ligera de comidas.
  - Tarifas cobradas por familiares inmediatos o por miembros de su hogar.
  - Comidas entregadas a domicilio.
  - Procedimientos o servicios de mejoramiento electivos o voluntarios (incluyendo de pérdida de peso, para crecimiento del cabello, para el desempeño sexual, para el desempeño atlético, para propósitos cosméticos, antienvjecimiento y de desempeño mental), a no ser que sean médicamente necesarios.
  - Cirugía o procedimientos cosméticos a menos que no sea debido a una lesión por accidente o para mejorar la función de una parte del cuerpo con malformaciones. No obstante, todas las etapas de reconstrucción del seno están cubiertas después de una mastectomía y también para el seno no afectado, para lograr un aspecto simétrico.
  - Atención quiropráctica, distinta a la manipulación manual de la columna vertebral que sea consistente con las directrices de cobertura de Medicare.
  - Zapatos ortopédicos, a no ser que los zapatos sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte, o que los zapatos sean para una persona con una enfermedad de los pies por diabetes.
  - Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de los pies por diabetes.
  - Queratotomía radial, cirugía lasik, terapia para la vista y otras ayudas para la baja visión.
  - Revertir procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo, y suministros anticonceptivos sin receta médica.
  - Acupuntura
  - Servicios naturopáticos (usa tratamientos naturales o alternativos).

- Los servicios proporcionados a los veteranos en las instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son superiores a los costos compartidos bajo nuestro plan, reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costos compartidos.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados arriba. Aun si es recibido en un centro de emergencias, los servicios excluidos todavía no están cubiertos.

## **Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>79</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	79
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	80
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Sus recetas médicas deben ser escritas por un proveedor de la red .....</b>	<b>80</b>
Sección 2.1	En la mayoría de los casos, su receta médica debe darla un proveedor de la red.....	80
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan .....</b>	<b>81</b>
Sección 3.1	Para que se cubra su receta médica, debe usar una farmacia de la red.....	81
Sección 3.2	Encontrar farmacias de la red .....	81
Sección 3.3	Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan.....	82
Sección 3.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? .....	83
Sección 3.5	¿Cuándo puede usar usted una farmacia que no forma parte de la red del plan? .....	83
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Sus medicamentos necesitan estar en la "Lista de medicamentos" del plan.....</b>	<b>84</b>
Sección 4.1	La "Lista de medicamentos" indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos.....	84
Sección 4.2	Existen dos "niveles de costos compartidos" para medicamentos en la Lista de medicamentos.....	85
Sección 4.3	¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de medicamentos?.....	86

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos .....</b>	<b>86</b>
Sección 5.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	86
Sección 5.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	87
Sección 5.3	¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?.....	88
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto? .....</b>	<b>88</b>
Sección 6.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto.....	88
Sección 6.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de cierta forma?.....	89
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si considera que su medicamento figura en un nivel de costos compartidos demasiado alto? .....	91
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....</b>	<b>91</b>
Sección 7.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	91
Sección 7.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted toma?.....	92
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....</b>	<b>93</b>
Sección 8.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	93
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Muestre la tarjeta de membresía de su plan cuando surta una receta médica .....</b>	<b>94</b>
Sección 9.1	Muestre su tarjeta de membresía.....	94
Sección 9.2	¿Qué pasa si usted no tiene consigo su tarjeta de membresía?.....	95
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>95</b>
Sección 10.1	¿Qué pasa si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan? .....	95

Sección 10.2	¿Qué pasa si usted es residente de un centro de atención a largo plazo?.....	95
Sección 10.3	¿Qué pasa si usted también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan de grupo del empleador o de jubilación? .....	96
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los mismos.....</b>	<b>97</b>
Sección 11.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura.....	97
Sección 11.2	Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos .....	97



### **¿Sabía usted que existen planes para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?**

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

### **¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?**

Si está en un programa que le ayude a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a su caso.*** Le mandaremos un anexo por separado, denominado la "Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (LIS Rider por su nombre en inglés); este documento le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Atención al Cliente y pregunte por la "Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados" (LIS Rider). Los números de teléfono para el Departamento de Atención al Cliente figuran en la portada trasera de este folleto.

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1      Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D</b>
---

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

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre medicamentos que se suministran durante las estadias cubiertas en un hospital o centro de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y cuánto paga usted*) informa sobre los beneficios y costos de medicamentos durante una estadia en un hospital o centro de enfermería especializada.

- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamento que se le apliquen durante una consulta y medicamentos que se le suministren en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y cuánto paga usted*) informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos recetados están cubiertos bajo los beneficios de la Parte D del plan. **Este capítulo explica las normas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo informa lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas normas básicas:

- Su receta médica debe ser escrita por un proveedor de la red (un médico u otra persona autorizada para recetar). (Para más información, vea la Sección 2, *Sus recetas médicas deben ser escritas por un proveedor de la red.*)
- Usted debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Vea la Sección 3, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan (la denominamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Vea la Sección 4, *Sus medicamentos necesitan estar en la "Lista de medicamentos" del plan.*)
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre una "indicación médicamente aceptada").

---

<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Sus recetas médicas deben ser escritas por un proveedor de la red</b>
------------------	--

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>En la mayoría de los casos, su receta médica debe darla un proveedor de la red</b>
--------------------	---

Usted debe recibir su receta médica (así como otro tipo de atención) de un proveedor de la red de proveedores del plan. A menudo, esta persona puede ser su médico de cabecera (PCP). También puede ser otro profesional de nuestra red de proveedores si su PCP le ha dado un referimiento para que reciba la atención.

Para encontrar los proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

**Sólo en unas cuantas circunstancias especiales el plan cubrirá las recetas médicas de proveedores que no estén en la red del plan.** Éstas incluyen:

- Recetas médicas que reciba en relación con atención de emergencias cubierta.
- Recetas médicas que reciba en relación con servicios requeridos con urgencia cubiertos cuando no hay proveedores de la red disponibles.
- Las diálisis que reciba cuando esté viajando por fuera del área de servicio del plan.

Aparte de estas circunstancias, debe recibir autorización previa del plan para recibir cobertura por una receta médica de un proveedor fuera de la red.

Si paga un "desembolso" por una receta médica escrita por un proveedor que no pertenece a la red y usted considera que debemos cubrir este gasto, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente o envíenos la factura para su pago. Capítulo 7, Sección 2.1 le indica como pedirnos que paguemos nuestra parte del costo.

---

### **SECCIÓN 3 Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Para que se cubra su receta médica, debe usar una farmacia de la red</b>
--------------------	---

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas *únicamente* se cubren si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 3.5 para información sobre los casos en los que cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

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

<b>Sección 3.2</b>	<b>Encontrar farmacias de la red</b>
--------------------	--------------------------------------

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

Para encontrar una farmacia de la red, usted puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio Web ([www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)) o llamar al Departamento de

Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera). Elija lo que sea más fácil para usted.

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita que se le vuelva a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir o bien que un proveedor le escriba una nueva receta médica o que se transfiera su receta médica a su nueva farmacia de la red.

### **¿Qué pasa si la farmacia que usted usa se sale de la red?**

Si la farmacia que usted usa se sale de la red del plan, usted tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada) o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*.

### **¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?**

Algunas veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Las farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo. Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando forme parte de nuestra red. Si su farmacia de atención de largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.
- Las farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas / Tribus / Programa de salud para indígenas urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, únicamente los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares, o que requieren de un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: esta situación debe ocurrir con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Atención al Cliente.

## **Sección 3.3 Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro para hasta 90 días.

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, consulte MetroPlus Health Plan al 160 Water Street, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038 o mediante nuestro sitio Web [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org). Si usted utiliza una farmacia de pedidos por correo que no se encuentre en la red del plan, su receta médica no será cubierta.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le llegará en un lapso no mayor de 5 a 7 días hábiles.

### **Sección 3.4      ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?**

Cuando usted obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos posiblemente podrían ser menores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro de medicamentos "pedidos por correo" a largo plazo de la Lista de medicamentos en nuestro plan. (Los medicamentos pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos pedidos por correo. Algunas de estas farmacias minoristas pueden estar de acuerdo en aceptar el monto de costos compartidos de pedidos por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos pedidos por correo. Otras farmacias minoristas pueden no estar de acuerdo con aceptar el monto de costos compartidos de pedidos por correo para un suministro prolongado de medicamentos pedidos por correo. En ese caso, usted será responsable de pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le informa cuáles farmacias en nuestra red le pueden proporcionar un suministro a largo plazo de medicamentos pedidos por correo. Usted también puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para obtener más información.
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Estos medicamentos están marcados como medicamentos pedidos por correo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que usted pida un suministro para hasta 90 días. Consulte la Sección 3.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

### **Sección 3.5      ¿Cuándo puede usar usted una farmacia que no forma parte de la red del plan?**

#### **Su receta médica podría cubrirse en ciertas situaciones**

Nosotros tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. Generalmente, nosotros cubrimos los

medicamentos surtidos en una farmacia que no pertenece a la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. A continuación se mencionan las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia que no pertenece a la red:

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o pierde o se le agotan sus medicamentos recetados. Nota: No podemos pagar ninguna receta médica que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, aunque sea por una emergencia médica.
- Si necesita una receta médica relacionada con la atención por una emergencia médica o por atención de urgencias.
- Si no puede obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red a una distancia razonable para conducir que tenga servicio las 24 horas.
- Si está intentando que se le surta un medicamento recetado que no está regularmente en el inventario de alguna farmacia accesible, minorista o de pedidos por correo, de la red (incluyendo medicamentos de alto costo o raros).

En estas situaciones, **hable primero con el Departamento de Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana.

### ¿Cómo se solicita un reembolso del plan?

Si usted debe usar una farmacia que no pertenece a la red, por lo general tendrá que pagar el costo completo (en lugar de pagar su parte normal del costo) cuando surta su receta médica. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le pague.)

---

## **SECCIÓN 4      Sus medicamentos necesitan estar en la "Lista de medicamentos" del plan**

---

<b>Sección 4.1      La "Lista de medicamentos" indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos</b>
--

El plan tiene una "*Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solamente esos que están cubiertos bajo la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este capítulo informa sobre los medicamentos de la Parte D).

Generalmente cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que sea *o bien*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (O sea, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para la diagnosis o afección para la cual se receta).
- -- *o* -- apoyado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System y el USPDI o su sucesor.)

### **La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos**

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona igual de bien que el medicamento de marca, y cuesta menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### **¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?**

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 8.1 en este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Existen dos "niveles de costos compartidos" para medicamentos en la Lista de medicamentos</b>
--------------------	--

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan figuran en uno de dos niveles de costos compartidos. Por lo general, entre más alto sea el nivel de costos compartidos, más será su parte del costo para el medicamento:

<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos)
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos de marca)

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que usted paga por sus medicamentos en cada nivel de costos compartidos figura en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

### **Sección 4.3      ¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de medicamentos?**

Usted tiene tres formas para saberlo:

1. Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visitar el sitio Web del plan ([www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)). La Lista de medicamentos en el sitio Web siempre es la más actualizada.
3. Llamar al Departamento de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono para el Departamento de Atención al Cliente figuran en la portada trasera de este folleto.

## **SECCIÓN 5      Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos**

### **Sección 5.1      ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos recetados las normas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, esto hace que su cobertura de medicamentos sea más rentable.

En general, nuestras normas lo estimulan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro, de menor costo funcionará médicamente igual de bien que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para estimular a usted y su proveedor a que usen esa opción de menor costo. Nosotros también necesitamos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

**Si su medicamento tiene una restricción, por lo regular usted o su proveedor tendrán que tomar pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si quiere que anulemos una restricción para usted, tendrá que usar el proceso formal de apelaciones y pedirnos que hagamos una excepción. Nosotros decidiremos si anulamos o no la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información sobre como pedir una excepción.)

## Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diversos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos en las formas más eficaces. Las secciones que se presentan a continuación le informan más acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

### **Limitar los medicamentos de marca cuando haya una versión genérica disponible**

Un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. **Cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo regular no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. No obstante, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.)

### **Obtener la aprobación del plan por adelantado**

Para ciertos medicamentos, usted o su médico necesitan obtener aprobación del plan antes de que nosotros aceptemos cubrir su medicamento. Esto se denomina **“autorización previa.”** Algunas veces el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, posiblemente su medicamento no sea cubierto por el plan.

### **Probar primero un medicamento diferente**

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos pero iguales de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan podría requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no es efectivo en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **“terapia de pasos”**.

### **Límites de cantidad**

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener. Por ejemplo, el plan podría limitar cuántos reabastecimientos puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar un solo comprimido al día de cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta médica a no más de un comprimido por día.

### **Sección 5.3      ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?**

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Consulte la Lista de medicamentos para conocer si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto) o consulte nuestro sitio Web ([www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)).

**Si su medicamento tiene una restricción, por lo regular usted o su proveedor tendrán que tomar pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si el medicamento que usted quiere tomar tiene una restricción, debe contactar al Departamento de Atención al Cliente para informarse sobre lo que usted o su proveedor tienen que hacer para que ese medicamento se cubra. Si quiere que anulemos una restricción para usted, tendrá que usar el proceso formal de apelaciones y pedirnos que hagamos una excepción. Nosotros decidiremos si anulamos o no la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información sobre como pedir una excepción.)

## **SECCIÓN 6      ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto?**

### **Sección 6.1      Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto**

Supongamos que hay un medicamento recetado que usted toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que su cobertura de medicamentos le funcione bien, pero existe la posibilidad de que pudiera haber un problema. Por ejemplo:

- **¿Qué pasa si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, el medicamento podría no estar cubierto. O quizá una versión genérica del medicamento está cubierta pero la versión de marca que usted desea no está cubierta.
- **¿Qué pasa si el medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento?** Como se explica en la Sección 5, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea se le cubra. O podría haber límites en la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que desearía que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 6.2 para conocer lo que puede hacer.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de cierta forma?</b>
--------------------	---

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o está restringido, hay cosas que usted puede hacer:

- Usted puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra su medicamento.
- Usted puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o eliminar restricciones del medicamento.

### **Usted podría obtener un suministro temporal**

Bajo ciertas circunstancias, el plan le puede ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna forma. Hacer esto le da el tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y saber qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir los dos requisitos que se indican a continuación:

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

- El medicamento que usted toma **ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- o -- el medicamento que usted toma **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 5 de este capítulo informa sobre las restricciones).

#### **2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:**

- **Para aquellos miembros que sean nuevos en el plan y no se encuentren en un centro de atención a largo plazo:**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **una sola vez durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días o menos si su receta es para menos días. La receta debe surtirse en una farmacia dentro de la red.

- **Para aquellos que son un miembro nuevo y un residente en un centro de atención a largo plazo:**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. El primer suministro será durante un máximo de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días. Si es necesario, nosotros cubriremos los reabastecimientos adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

- **Para aquellas personas que han sido miembros del plan durante más de 90 días, y son residentes de un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro urgente:**

Nosotros cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días. Esto es adicional al suministro de transición de atención a largo plazo mencionado anteriormente.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada).

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Quizá existe un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su médico pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento en la forma que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Las secciones a continuación le informan más acerca de estas opciones.

### **Usted puede cambiar a otro medicamento**

Comience por hablar con su médico. Quizá existe un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle a usted.

### **Usted puede presentar una excepción**

O usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento en la forma que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene los motivos médicos que justifican pedirnos que hagamos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que usted está tomando será retirado de la farmacopea o estará restringido de alguna manera para el próximo año, le permitiremos que solicite con anticipación una excepción a la farmacopea para el próximo año. Le informaremos

acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento de la manera que le gustaría que estuviese cubierto el próximo año. Antes de que el cambio entre en vigencia responderemos su solicitud de excepción.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le informa qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma oportuna y justa.

<b>Sección 6.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si considera que su medicamento figura en un nivel de costos compartidos demasiado alto?</b>
--------------------	--

### **Usted puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento figura en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto, primero hable con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel mas bajo de costos compartidos que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle a usted.

---

## **SECCIÓN 7**

### **¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos sucede al iniciar cada año (1° de enero). No obstante, durante el año, el plan puede hacer muchos tipos de cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Están a disposición nuevos medicamentos, inclusive nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya otorgado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se determinó como ineficaz.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 5 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En la mayoría de todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para realizar los cambios que hacemos a la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 7.2</b>	<b>¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted toma?</b>
--------------------	---

### ¿Cómo sabrá usted si cambió la cobertura de su medicamento?

Si existe un cambio en la cobertura *de un medicamento que usted toma*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente, **se lo haremos saber cuando menos con 60 días de anticipación**.

De vez en cuando, un medicamento se **retira repentinamente** del mercado porque se determinó ser inseguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan eliminará inmediatamente al medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos enseguida de este cambio. Su proveedor también será informado sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

### ¿Le afectan inmediatamente los cambios a su cobertura de medicamentos?

Si cualquiera de los siguientes tipos de cambios afecta a un medicamento que usted está tomando, el cambio no le afectará hasta el 1º de enero del siguiente año si usted permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no por un retiro repentino del mercado ni porque un nuevo medicamento genérico lo reemplazó.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que usted toma, entonces el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1º de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, usted probablemente no vea ningún incremento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. No obstante, el 1º de enero del siguiente año, los cambios le afectarán a usted.

En algunos casos, usted será afectado por el cambio de cobertura antes del 1º de enero:

- Si un **medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe avisarle con cuando menos 60 días de anticipación o suministrarle un reabastecimiento para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Durante este periodo de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a uno diferente que nosotros cubramos.
  - O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, o un reclamo]*).

- Una vez más, si un medicamento se **retira repentinamente** del mercado porque se determinó ser inseguro o por otros motivos, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos enseguida de este cambio.
  - Su proveedor también será informado sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

---

## **SECCIÓN 8      ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?**

---

<b>Sección 8.1      Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
---

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted recibe medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos por los medicamentos enumerados en esta sección. La única excepción: Si se determina bajo apelación que el medicamento solicitado es tal que no está excluido bajo la Parte D y debemos pagarlo o cubrirlo por su situación específica. (Para obtener información para apelar una decisión que nosotros hayamos tomado para no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto.)

Estas son tres reglas generales sobre 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 se cubriría bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo regular nuestro plan no puede cubrir usos distintos a los indicados en la etiqueta. "Uso distinto al indicado en la etiqueta" es cualquier uso del medicamento que no sea aquellos indicados en la etiqueta del medicamento como lo aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - Por lo general, la cobertura para el "uso distinto al indicado en la etiqueta" se permite únicamente cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System y el USPDI o su sucesor. Si el uso no está apoyado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no podrá cubrir su "uso distinto al indicado en la etiqueta".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertos por planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas del resfrío
- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiera que las pruebas asociadas y los servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta
- Barbitúricos y benzodiacepinas

**Si usted recibe Ayuda adicional para pagar por sus medicamentos**, su programa estatal de Medicare puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no estarían cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono y información de contacto de Medicare en el Capítulo 2, Sección 6).

---

## **SECCIÓN 9      Muestre la tarjeta de membresía de su plan cuando surta una receta médica**

---

<b>Sección 9.1      Muestre su tarjeta de membresía</b>
---

Para surtir su receta médica, muestre la tarjeta de membresía de su plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando usted muestra la tarjeta de membresía de su plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted necesitará pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta médica.

---

**Sección 9.2      ¿Qué pasa si usted no tiene consigo su tarjeta de membresía?**

Si usted no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan cuando surta su receta médica, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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

---

**SECCIÓN 10      Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**

---

**Sección 10.1      ¿Qué pasa si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?**

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

**Tome en cuenta que:** cuando usted ingresa, vive en o sale de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un periodo especial de inscripción. Durante este periodo de tiempo, usted puede cambiar de plan o cambiar su cobertura en cualquier momento. (El Capítulo 10, *Finalizar su membresía en el plan*, le informa que puede salirse de nuestro plan e inscribirse en un plan de Medicare diferente.)

**Sección 10.2      ¿Qué pasa si usted es residente de un centro de atención a largo plazo?**

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando ésta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si su farmacia de atención de largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente.

### ¿Qué pasa si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y se vuelve un miembro nuevo del plan?

Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna forma, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *90 días* de su membresía. El primer suministro será para un máximo de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días. Si es necesario, nosotros cubriremos los reabastecimientos adicionales durante sus primeros *90 días* en el plan.

Si usted ha sido miembro del plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene cualquier restricción sobre la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su médico u otra persona autorizada para recetar para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Quizá existe un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su médico pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento en la forma que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su médico desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

<b>Sección 10.3</b>	<b>¿Qué pasa si usted también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan de grupo del empleador o de jubilación?</b>
---------------------	--

¿Tiene usted actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo del empleador o de jubilación (o el de su cónyuge)? De ser así, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura de su grupo del empleador o de jubilación. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

#### **Nota especial sobre la ‘cobertura acreditable’:**

Cada año su grupo del empleador o de jubilación debe enviarle un aviso que informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es "acreditable" y las opciones que usted tiene de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan colectivo es “**acreditable**,” significa que tiene cobertura de medicamentos que paga, en promedio, cuando menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

**Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable**, porque usted podría necesitarlos después. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, usted podría necesitar estos avisos para mostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si usted no recibió un aviso sobre cobertura acreditable del plan de su grupo del empleador o de jubilación, puede obtener una copia con su administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación o con el empleador o sindicato.

---

## **SECCIÓN 11      Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los mismos**

---

<b>Sección 11.1      Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura</b>
---

Nosotros realizamos revisiones de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que están recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos. Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. Además revisamos regularmente nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para el tratamiento de la misma afección médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros ni adecuados por su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas médicas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando.

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

<b>Sección 11.2      Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos</b>
--

Tenemos programas que ayudan a nuestros miembros en situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas complejas o quizás necesiten tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o podrían tener costos muy altos de medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos nos desarrollaron los programas. Los programas pueden ayudar a asegurarnos de que nuestros miembros están utilizando los medicamentos que funcionan mejor para tratar sus afecciones médicas y nos ayudan a identificar posibles errores de medicación.

Si tenemos un programa que se adecue a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, avísenos y nosotros lo retiraremos del programa. Si usted tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción</b>	<b>102</b>
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	102
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentre al recibir el medicamento</b>	<b>103</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)?	103
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted</b>	<b>105</b>
Sección 3.1	Enviamos un informe mensual que se llama "Explicación de beneficios"	105
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada su información sobre sus pagos de medicamentos	105
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Durante la etapa de deducible usted paga el costo completo de sus medicamentos (Platinum and Partnership in Care Plan)</b>	<b>106</b>
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$310 por sus medicamentos	106
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga lo que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte</b>	<b>107</b>
Sección 5.1	La cantidad que usted paga depende del medicamento y de dónde surta su receta médica	107
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento	108
Sección 5.3	Una tabla que muestra sus costos para un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento	108

---

Sección 5.4	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de medicamentos totales del año lleguen a los \$2,840 .....	107
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Durante la etapa de falta de cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 93% del costo de los medicamentos genericos - MetroPlus Platinum Plan y Metroplus Medicare Partnership in Care Plan .....</b>	<b>110</b>
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de falta de cobertura hasta que sus desembolsos lleguen a \$4,550.....	110
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus desembolsos por medicamentos recetados .....	110
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos .....</b>	<b>113</b>
Sección 7.1	Una vez que usted esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en dicha etapa por el resto del año.....	113
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por las vacunas depende de cómo y dónde las obtenga .....</b>	<b>113</b>
Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura independiente para la medicación de la vacuna en sí y para el costo de aplicarle la inyección de la vacuna.....	113
Sección 8.2	Quizá usted desee llamarnos al Departamento de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna .....	115
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene usted que pagar la "penalización por inscripción tardía" de la Parte D?.....</b>	<b>115</b>
Sección 9.1	¿Qué es la "penalización por inscripción tardía" de la Parte D?.....	115
Sección 9.2	¿De qué monto es la penalización por inscripción tardía de la Parte D? .....	116
Sección 9.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalización.....	117
Sección 9.4	¿Qué puede hacer usted si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía?.....	118
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D a razón de su ingreso?.....</b>	<b>118</b>
Sección 10.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D a razón de ingreso?.....	118

Sección 10.2	¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?.....	118
Sección 10.3	¿Qué puede hacer usted si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? .....	119



### **¿Sabía usted que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?**

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

### **¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?**

Si está en un programa que le ayude a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a su caso.*** Le mandaremos un anexo por separado, denominado la "Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (LIS Rider, por su nombre en inglés); este documento le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Atención al Cliente y pregunte por la "Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados" (LIS Rider). Los números de teléfono para el Departamento de Atención al Cliente figuran en la portada trasera de este folleto.

---

## **SECCIÓN 1 Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</b>
--------------------	---

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos la palabra "medicamento" en referencia al medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o Parte B de Medicare y otros están excluidos de cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita conocer los fundamentos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir cuando reciba sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos fundamentos:

- **La *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan.** Para simplificar las cosas, la denominamos "Lista de Medicamentos".

- Esta Lista de medicamentos le informa los medicamentos que están cubiertos para usted.
- También le informa en cuál de los dos “niveles de costos compartidos” figura el medicamento y si existe alguna restricción de cobertura para el medicamento.
- Si usted necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). Usted también puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio Web en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org) . La Lista de medicamentos en el sitio Web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 proporciona detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que usted debe seguir para recibir sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también informa los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le informa cómo puede recibir un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

---

## **SECCIÓN 2      Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentre al recibir el medicamento**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)?</b>
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP). La cantidad que paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que se le surte o vuelve a surtir una receta médica. Tenga en cuenta que, sin importar la etapa de pago de medicamentos, usted sigue siendo responsable en todo momento de pagar la prima mensual del plan.

<p><b>Etapa 1</b> <i>Etapa de deducible anual</i></p>	<p><b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i></p>	<p><b>Etapa 3</b> <i>La etapa de falta de cobertura</i></p>	<p><b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura catastrófica</i></p>
<p>Usted comienza esta etapa de pago al surtir su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa <b>usted paga el costo completo</b> de sus medicamentos.</p> <p>Usted permanece en la etapa hasta que haya pagado \$320 por sus medicamentos. El monto de su deducible es \$320.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga lo que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga lo que le corresponde del mismo.</b></p> <p>Después de que usted (u otros a nombre suyo) hayan cubierto su deducible, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos de medicamentos totales”</b> (sus pagos mas los pago de cualquier plan de la Parte D) durante el año sumen \$2930.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga 50% del costo (mas la tarifa de distribución) por medicamentos de marca y 86% por medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de desembolso” durante el año sumen \$4700. Este monto y las normas sobre que cuenta para este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará la mayoría de los costos</b> de sus medicamentos por lo que resta del año calendario (hasta el 31 de diciembre, 2012).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

---

## **SECCIÓN 3 Enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted**

---

<b>Sección 3.1 Enviamos un informe mensual que se llama la "Explicación de beneficios" (la "EOB")</b>
---

Nuestro plan da seguimiento a los costos de sus medicamentos y a los pagos que usted ha efectuado al surtir o reabastecer sus recetas médicas en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que damos seguimiento:

- Damos seguimiento a cuánto ha pagado usted. Esto se denomina su costo de "**desembolso directo**".
- Damos seguimiento a sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto que usted paga en desembolso directo u otras personas pagan a su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de beneficios* (algunas veces se denomina "EOB") cuando haya surtido una o más recetas médicas mediante el plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas médicas que ha surtido en el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas a su nombre pagaron.
- **Totales del año a partir del 1° de enero.** A esto se le denomina información del "año hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que inició el año.

<b>Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada su información sobre sus pagos de medicamentos</b>
---

Para dar seguimiento a sus costos de medicamentos y los pagos que usted efectúa por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. De esta forma usted nos puede ayudar a mantener correcta y actualizada su información.

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que nosotros estemos informados de los medicamentos que usted está surtiendo y lo que usted está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que nosotros tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que usted tenga que pagar por medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para dar seguimiento a sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a dar seguimiento a sus costos de desembolso directo, nos puede dar copias de los recibos de medicamentos que usted compró. (Si se le factura

un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener indicaciones para hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2 de este folleto.) Estos son algunos ejemplos de situaciones cuando usted podría darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que nosotros tengamos el registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o use una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando usted efectúe un copago de medicamentos que se proporcionen bajo un programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
  - Cualquier vez que usted haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras veces que usted haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertos individuos y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las organizaciones benéficas, cuentan para sus costos de desembolso. Debe guardar los registros de estos pagos y enviarnoslos para que podamos mantener cuenta de sus costos.
  - **Consulte el informe escrito que nosotros le enviamos.** Cuando usted reciba una *Explicación de beneficios* (un EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted piensa que algo le falta al informe, o si tiene preguntas, llámenos al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

---

## **SECCIÓN 4      Durante la etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos**

---

<b>Sección 4.1      Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$320 por sus medicamentos</b>
---

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza al surtir su primera receta médica del año. Al encontrarse en esta etapa de pagos, **usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta que llegue a la suma de deducible del plan, que es de \$320 para el 2012.

- Su “**costo completo**” usualmente es menor que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado precios más bajos para la mayoría de los medicamentos.

- El “**deducible**” es la suma que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan empiece a pagar lo que le corresponde.

Una vez que usted haya pagado \$320 por sus medicamentos, usted sale de la etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

---

## **SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga lo que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte**

---

<b>Sección 5.1 La cantidad que usted paga depende del medicamento y de dónde surta su receta médica</b>
---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga lo que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted lo que le corresponde del mismo (su monto de coaseguro). Su parte del costo variará, dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta médica.

### **El plan tiene dos niveles de costos compartidos**

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan figuran en uno de dos niveles de costos compartidos. Por lo general, entre más alto sea el número de nivel de costos compartidos, más será su parte del costo para el medicamento:

<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos)
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos de marca)

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

### **Sus opciones de farmacia**

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene la droga en:

- Una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no esté en la red del plan
- El servicio de pedidos por correo del plan

Para mayor información sobre estas opciones de farmacia y sobre el surtido de sus recetas médicas, vea el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias del plan*.

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

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

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

**Su parte del costo cuando reciba un suministro de *un mes* (o menos) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D de:**

	<b>Farmacia de la red</b>	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b>	<b>Farmacia de atención a largo plazo de la red</b>	<b>Farmacia que no pertenece a la red</b>  (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles)
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Medicamentos genéricos)	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%  *puede aplicar una penalización por estar fuera de la red
<b>Nivel 2 de costos compartidos</b> (Medicamentos de marca)	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%  *puede aplicar una penalización por estar fuera de la red

**Sección 5.3 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") cuando surta su receta médica. Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5.)

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

**Su parte del costo cuando reciba un suministro *a largo plazo* (90 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D de:**

	<b>Farmacia de la red</b>	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b>
<b>Costos compartidos Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos)	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%
<b>Costos compartidos Nivel 2</b> (Medicamentos de marca)	Coaseguro de 25%	Coaseguro de 25%

**Sección 5.4      Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de desembolso del año lleguen a los \$2930**

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y vuelto a surtir alcance el **límite de \$2930 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la sumatoria de lo que usted haya pagado y lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted haya pagado** por todos los medicamentos cubiertos que haya recibido desde que realizó su primera compra de medicamentos del año. (Vea la Sección 6.2 para mayor información sobre cómo Medicare calcula el costo de sus desembolsos). Esto incluye:
  - Los \$320 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
  - El total que usted pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si usted estaba inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante el 2012, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos de medicamentos totales.)

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos le ayudará a llevar la cuenta de cuanto han gastado durante el año usted y el plan por sus medicamentos. Muchas personas no llegan al límite de \$2930 en un año.

Si usted llega a esta suma de \$2930, se lo haremos saber. Si llegue a este límite, usted dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

---

## **SECCIÓN 6      Durante la Etapa de falta de cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que 86% de los costos por medicamentos genéricos**

---

<b>Sección 6.1      Usted permanece en la Etapa de falta de cobertura hasta que sus costos de desembolso lleguen a los \$4700</b>
---

Cuando usted esta en la Etapa de falta de cobertura, el Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 50% del precio convenido (excluyendo la tarifa de distribución y la tarifa de administración de vacunas, si aplica) para los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto de descuento del fabricante cuentan para sus costos de desembolso como si usted lo hubiera pagado y cuentan para la falta de cobertura.

También recibirá alguna cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más que 86% de los costos por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (14%) no cuenta para sus costos de desembolso. Solamente el monto que usted paga cuenta y lo mueve a la falta de cobertura.

Usted continuará pagando el precio rebajado para los medicamentos de marca y no más del 86% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de desembolsos alcancen la suma máxima establecida por Medicare. Para el 2012 esa suma es \$4,700.

Medicare tiene reglas sobre que cuenta y que no cuenta como parte de sus costos de desembolso. Un vez que llegue a un límite de desembolso de \$4,700, usted deja la Etapa de falta de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

<b>Sección 6.2      Cómo calcula Medicare sus desembolsos por medicamentos recetados</b>
--

Éstas son las normas de Medicare que debemos seguir al llevar la cuenta de sus desembolsos por medicamentos.

**Estos pagos se incluyen en sus desembolsos**

*Al sumar sus desembolsos, **usted puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las normas para cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):*

- La suma que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago por medicamentos:
  - La Etapa de deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa de falta de cobertura.
- Cualquier pago que haya hecho como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- Si **usted mismo** hace estos pagos, se incluyen en sus costos de desembolsos.
- Estos pagos *también están incluidos* si se hacen a su nombre por **otros individuos u organizaciones determinados**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las beneficencias, los Programas de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA, por un programa de asistencia farmacéutica estatal que esté calificado por Medicare o por el Servicio Médico Indio, También se incluyen los pagos hechos por los programas de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

***El paso a la etapa de cobertura catastrófica:***

*Cuando usted (o quienes pagan a su nombre) haya gastado un total de \$4700 en desembolsos durante el año calendario, pasará de la Etapa de falta de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.*

**Estos pagos no se incluyen en sus desembolsos**

Al sumar sus costos de desembolsos **no se le permite incluir** ninguno de estos pagos por medicamentos recetados:

- La suma que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compre por fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtenga en una farmacia que no pertenezca a la red que no cumplan los requisitos del plan para cobertura por fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo los medicamentos recetados cubiertos por Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos efectuados por el plan por sus medicamentos genéricos durante la Falta de cobertura.
- Los pagos por medicamentos realizados por planes médicos colectivos, incluyendo planes médicos de empleador.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de la receta (por ejemplo, Compensación de trabajadores).

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga parte o la totalidad de sus desembolsos por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame al Departamento de Atención al Cliente para hacérselo saber (los números telefónicos se encuentran en la portada trasera de este folleto).

**¿Cómo puede llevar la cuenta de su total de desembolsos?**

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la suma actual de sus desembolsos (La Sección 3 en este capítulo proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$4700 en desembolsos para el año, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de falta de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica qué puede hacer para asegurarse de que nuestro registro de lo que usted ha gastado esté completo y actualizado.

---

## **SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Una vez que usted esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en dicha etapa por el resto del año</b>
--------------------	--

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus desembolsos hayan llegado al límite de \$4700 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en dicha etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coaseguro o un copago, aquel que corresponda a una suma *mayor*:
  - *–ya sea* – un coaseguro del 5% del costo del medicamento
  - *–o–* un copago de \$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se maneje como genérico. O un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

---

## **SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas depende de cómo y dónde las obtenga**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Nuestro plan tiene cobertura independiente para la propia medicación de la vacuna de la Parte D y para el costo de aplicarle la inyección de la vacuna</b>
--------------------	---

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, para aprender sobre la cobertura de estas vacunas.

Existen dos partes para nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la medicación de la vacuna en sí**. La vacuna es una medicación recetada.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la inyección de la vacuna**. (A esto algunas veces se le denomina la "aplicación" de la vacuna.)

### **¿Cuánto paga usted por una vacuna de la Parte D?**

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (por lo que se le está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede conocer más sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas de enumeran en la *Lista de Medicamentos Incluidos en la Cobertura (Farmacopea)* del plan.

## **2. Dónde obtiene la medicación de la vacuna.**

## **3. Quién le aplica la inyección de la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces, cuando recibe su inyección de la vacuna, usted tendrá que pagar el costo completo de la medicación de la vacuna y por que le apliquen la inyección de la vacuna. Puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando recibe la medicación de la vacuna o la inyección de la vacuna, usted pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, existen tres formas comunes en las que podría recibir una inyección de vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de la totalidad de los costos relacionados con vacunas (incluyendo su administración) durante la Etapa de deducible de su beneficio.

*Situación 1:* Usted compra la vacuna en la farmacia y le aplican su inyección de la vacuna en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen una vacuna.)

- Usted deberá pagarle a la farmacia la suma de su coaseguro por la propia vacuna.
- Nuestro plan pagará el costo de aplicarle la inyección de la vacuna.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará todo el costo de la vacuna y de su aplicación.
- Luego usted puede pedir a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Solicitar que el plan pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la suma que pague menos su coaseguro normal por la vacuna (incluyendo la administración) menos cualquier diferencia entre la suma que cobre el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia.)

*Situación 3:* Usted paga la vacuna en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le aplicarán la inyección de la vacuna.

- Usted deberá pagarle a la farmacia la suma de su coaseguro por la propia vacuna.
- Cuando su médico le aplique la inyección de la vacuna, usted pagará todo el costo por este servicio. Luego usted puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará la suma que cobre el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre la suma que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia.)

## **Sección 8.2 Quizás usted desee llamarnos al Departamento de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna**

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Cuenta con nosotros para ayudarlo. Recomendamos que usted nos llame primero al Departamento de Atención al Cliente cuando planea recibir una vacuna (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

- Le podemos informar sobre cómo su vacuna está cubierta por nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo mantener reducido su propio costo utilizando proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si usted no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que necesita hacer para obtener el pago de nosotros por nuestra parte del costo.

## **SECCIÓN 9 ¿Tiene usted que pagar la "penalización por inscripción tardía" de la Parte D?**

### **Sección 9.1 ¿Qué es la "penalización por inscripción tardía" de la Parte D?**

**Nota:** Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, las reglas de penalización por inscripción tardía no le corresponden a usted. Usted no pagará una penalización por inscripción tardía, aunque pase tiempo sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados.

Usted podría tener que pagar una penalización financiera si no se inscribió en un plan con oferta de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare la primera vez que fue elegible para esta cobertura de medicamentos o usted experimentó un periodo continuo de 63 días o más cuando no tenía cobertura de medicamentos recetados acreditable. (“Cobertura de medicamentos

acreditable" es cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare porque paga, en promedio, cuando menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.) El monto de la penalización depende de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos recetados acreditable en cualquier momento después del final de su periodo de inscripción inicial o cuántos meses calendarios completos usted pasó sin cobertura de medicamentos recetados acreditable.

La penalización se suma a su prima mensual. (A los miembros que eligen pagar su prima cada tres meses se les sumará la penalización a su prima de tres meses.) Cuando se inscriba por primera vez en *MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan*, le informaremos el monto de la penalización.

Su penalización por inscripción tardía se considera parte de la prima de su plan. Si usted no paga su penalización por inscripción tardía, podríamos cancelar su membresía por no pagar su prima del plan.

<b>Sección 9.2</b>	<b>¿Cuanto es la "penalización por inscripción tardía" de la Parte D?</b>
--------------------	---

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

- Primero contabilice el número de meses completos que se retrasó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O contabilice el número de meses en los que no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la suspensión de cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el 2011, la prima mensual promedio era \$32.34. Esto puede cambiar en el 2012.
- Para obtener su penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización por la prima mensual promedio y después redondee la cantidad a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo sería 14% por \$32.34. Esto da \$4.52, cantidad que se redondea a \$4.50. Este monto se sumaría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía.**

Existen tres cosas importantes que se deben mencionar sobre esta penalización de la prima mensual:

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si aumenta la prima promedio nacional (determinada por Medicare), su penalización aumentará.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una penalización** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía se reajustará cuando usted cumpla 65. Después de la edad de 65, su penalización por inscripción tardía se basará sólo en los meses en que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para Medicare.

<b>Sección 9.3</b>	<b>En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalización</b>
--------------------	---

Aunque usted se haya retrasado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no necesita pagar la penalización por inscripción tardía.

**No tendrá que pagar una penalización de prima por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:**

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare denomina a esto “**cobertura acreditable de medicamentos**”.  
Tenga en cuenta que:
  - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato previos, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información se la pueden enviar en una carta o incluirla en un boletín del plan. Guarde esta información, porque la podría necesitar si en un futuro se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Tenga en cuenta que:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finalice su cobertura, no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos era acreditable. La notificación debe decir que usted tenía cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se comprometía a pagar lo que pagaría el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - Las siguientes no son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas, y sitios Web de medicamentos con descuento.
  - Para más información sobre cobertura acreditable, vea su manual *Medicare y Usted* 2012 o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Estos números son gratuitos, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Si usted estuvo sin cobertura acreditable, pero permaneció sin ella cuando menos 63 días seguidos.
- Si usted está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare.

---

<b>Sección 9.4</b>	<b>¿Qué puede hacer usted si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía?</b>
--------------------	---

Si usted está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía, usted o su representante puede pedirnos que revisemos la decisión sobre ésta. Por lo general, usted debe solicitar esta evaluación **en un lapso de 60 días** después de la fecha en que recibió la carta pidiendo que pague la penalización por inscripción tardía. Llame al Departamento de Atención al Cliente al número que se encuentra en la portada trasera de este folleto para conocer más sobre cómo hacer esto.

**Importante:** No deje de pagar su penalización por inscripción tardía mientras espera una evaluación de la decisión sobre su penalización por inscripción tardía. Si lo hace, podríamos cancelar su membresía por no pagar las primas del plan.

---

<b>SECCIÓN 10</b>	<b>¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D a razón de su ingreso?</b>
-------------------	---

<b>SECCIÓN 10.1</b>	<b>¿Quién paga un monto adicional de la Parte D a razón de ingreso?</b>
---------------------	---

La mayoría de las personas pagan la prima estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es \$85,000 o más para un individuo (o individuos casados que declaran impuestos por separado) o \$170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social y no su plan de Medicare le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional y como pagarlo. El monto adicional será retenido del cheque de sus beneficios del Seguro Social, Junta de Jubilación para Ferroviarios u Oficina de Administración de Personal, independientemente de la forma en la que usted pague su prima del plan regularmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, usted recibirá una factura de Medicare. El monto adicional debe pagarse por separado y no puede pagarse junto con su prima mensual del plan.

<b>Sección 10.2</b>	<b>¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?</b>
---------------------	---

Si su ingreso bruto ajustado y modificado, como se detalla en su declaración de impuestos del IRS, supera cierta cantidad, usted pagará un monto adicional en adición a su prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra los montos adicionales en base a su ingreso.

<b>Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:</b>	<b>Si estuvo casado/a pero presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:</b>	<b>Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2010 fue:</b>	<b>Este es el costo mensual de su monto adicional de la Parte D (que debe pagarse en adición a la prima de su plan)</b>
\$85,000 o menos	Igual a o menos de \$85,000	Igual a o menos de \$170,000	\$0
Más de \$85,000 y \$107,000 o menos		Más de \$170,000 e igual a o menos de \$214,000	\$12.00
Más de \$107,000 e igual a o menos de \$160,000		Más de \$214,000 e igual a o menos de \$320,000	\$31.10
Más de \$160,000 e igual a o menos de \$214,000	Más de \$85,000 y \$129,000 o menos	Más de \$320,000 e igual a o menos de \$428,000	\$50.10
Más de \$214,000	Más de \$129,000	Más de \$428,000	\$69.10

**Sección 10.3      ¿Qué puede hacer usted si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?**

Si no está de acuerdo en pagar un monto adicional a razón de su ingreso, puede pedirle a la Administración del Seguro Social que revise su decisión. Para más información sobre como hacer esto, contacte la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

## **Capítulo 7. Solicitar que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que usted debe pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>121</b>
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago .....	121
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos que le paguemos a usted o paguemos una factura que recibió .....</b>	<b>123</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	123
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Nosotros consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o no .....</b>	<b>124</b>
Sección 3.1	Consultaremos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos.....	124
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por la atención médica o el medicamento, usted puede hacer una apelación .....	124
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarlos al plan .....</b>	<b>125</b>
Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviar sus recibos al plan para ayudarnos a dar seguimiento a sus costos de desembolso directo por medicamentos .....	125

---

## **SECCIÓN 1      Situaciones en las que usted debe pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos**

---

<b>Sección 1.1      Si usted paga la parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos que le corresponde a nuestro plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago</b>
---

Algunas veces cuando obtiene atención médica o un medicamento recetado, usted podría necesitar pagar inmediatamente el costo completo. Otras veces, podría encontrar que pagó más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, usted puede solicitarle a nuestro plan que le pague (pagar generalmente se denomina "rembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando usted haya pagado más de su parte del costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También puede haber veces cuando usted reciba una factura de un proveedor por el costo completo de la atención médica que recibió. En muchos casos, usted debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si deben cubrirse los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, pagaremos directamente al proveedor.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las que usted podría solicitar a nuestro plan que le pague a usted o pague una factura que usted recibió.

### **1. Cuando recibió atención de emergencia o servicios de atención de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. Cuando usted reciba atención de emergencia o servicios de atención de urgencia de un proveedor que no pertenezca a nuestra red, usted es el único responsable de pagar su parte del costo, no el costo completo. Usted debe pedirle al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto completo al momento de recibir la atención, necesita pedirnos que le paguemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que usted haya efectuado.
- A veces, usted podría recibir una factura del proveedor solicitando el pago que usted piensa que no debe. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente a éste.
  - Si usted ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le pagaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Cuando usted reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nosotros nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero siente que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los documentos de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que usted debía bajo el plan.

## **3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan.**

A veces la inscripción de un miembro en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado.)

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó desembolsos por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos, después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos lo que nos corresponde pagar por sus costos. Necesitará presentar documentos para que podamos procesar el reembolso.

- Contacte al Departamento de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos reembolsos y sobre las fechas límite para presentar su solicitud.

## **4. Cuando utilice una farmacia que no pertenece a la red para surtir una receta médica**

Si va a una farmacia que no pertenece a la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo total de su medicamento. (Solamente cubrimos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red en ciertas situaciones específicas. Vea el Capítulo 5, Secc. 3.5 para aprender más).

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo.

## **5. Cuando usted pague el costo completo de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan**

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

puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, quizás usted necesite pagar por sí mismo el costo completo del medicamento.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo.

## 6. Cuando usted pague el costo completo por una receta médica en otras situaciones

Posiblemente usted tenga que pagar el costo completo de la receta médica porque encontró que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o piensa que no debe aplicarse a usted. Si usted decide obtener inmediatamente el medicamento, quizás necesite pagar el costo completo de éste.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos. En algunas situaciones, podríamos necesitar obtener más información de su médico para que le paguemos por nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos que le paguemos a usted o paguemos una factura que recibió

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y los documentos de cualquier pago que usted haya efectuado. Se recomienda hacer una copia de su factura y recibos para conservarlos en sus registros.

Para asegurarse de que nos está suministrando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero es útil para que nuestro plan procese la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio Web ([www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)) o llame al Departamento de Atención al Cliente y pregunte por el formulario. Los números telefónicos del Departamento de Atención al Cliente se encuentran en la portada de este folleto.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

MetroPlus Health Plan  
160 Water Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
New York, NY 10038  
Attention: Customer Services

Asegúrese de comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Si usted no sabe cuánto debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros le podemos ayudar. Usted también puede llamar si desea que nosotros le proporcionemos más información sobre una solicitud de pago que usted ya nos envió.

---

## **SECCIÓN 3      Nosotros consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o no**

---

<b>Sección 3.1      Consultaremos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos</b>
---

Cuando nosotros recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional suya. De otra manera, consideraremos su solicitud y haremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos.)
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. A su vez, nosotros le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no estamos enviando el pago que usted solicitó y sus derechos de apelar dicha decisión.

<b>Sección 3.2      Si le informamos que no pagaremos por todo o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede hacer una apelación</b>
--

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, usted puede hacer una apelación. Si usted hace una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo hacer una apelación, vaya al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso formal con los procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si para usted es nuevo hacer una apelación, encontrará útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede ir a la sección en el Capítulo 9 que le informa qué hacer en su situación:

- Si desea hacer una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación sobre el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

---

## **SECCIÓN 4      Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarlos al plan**

---

<b>Sección 4.1      En algunos casos, usted debe enviar copias de sus recibos al plan para ayudarnos a dar seguimiento a sus costos de desembolso directo por medicamentos</b>
--

Existen algunas situaciones cuando debe informarnos sobre los pagos que usted efectuó por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitándonos un pago. A su vez, usted nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso directo. Esto le puede ayudar a calificar más rápido para la etapa de cobertura catastrófica.

A continuación se presentan dos situaciones en las que nos debe enviar copias de recibos para informarnos sobre los pagos que hizo de sus medicamentos:

### **1. Cuando compre el medicamento por un precio menor a nuestro precio**

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible o la Etapa de falta de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuentos aparte del beneficio del plan que le ofrezca un precio más bajo.
- A no ser que apliquen condiciones especiales, en estas situaciones usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso directo se contabilicen hacia su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Tenga en cuenta que:** Si se encuentra en la Etapa de deducible o la Etapa de falta de cobertura, el plan no pagará ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso directo y puede ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura catastrófica.

## **2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene muchos medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, posiblemente tenga que pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso directo se contabilicen hacia su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta que:** Ya que usted está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no mediante los beneficios del plan, nosotros no pagaremos por ninguna parte de estos costos del medicamento. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso directo y puede ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura catastrófica.

Ya que usted no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede hacer una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión.

## **Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan .....</b>	<b>128</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.).....	128
Sección 1.2	Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento .....	128
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	129
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....	129
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos .....	130
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención.....	132
Sección 1.7	Usted tiene derecho de hacer reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos .....	134
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?.....	134
Sección 1.9	Cómo obtener información adicional sobre sus derechos.....	135
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan .....</b>	<b>135</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	135

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1      Debemos proporcionar información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)</b>
---

Para obtener información de nosotros en una forma que funcione para usted, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación disponibles para responder a preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en Braille, letras grandes o en otros formatos alternativos si usted lo requiere. Si usted es elegible para Medicare por discapacidad, estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan que esté accesible y sea adecuada para usted.

Si usted tiene dificultades en obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e infórmeles que desea presentar un reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si desea que le enviemos información en un formato que funcione para usted, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la cubierta trasera de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle información en Braille, en letra grande u otros formatos distintos, si la necesita. Si es elegible para Medicare, a razón de una discapacidad, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted.

Si se le dificulta obtener información de nuestro plan, a razón de problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, y dígales que quiere presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>Sección 1.2      Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento</b>
---

Nuestro plan debe acatar las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato desigual. **No discriminamos** con respecto a raza, grupo étnico, origen nacional, religión, genero, edad,

discapacidad mental o física, salud, historia de reclamos, historial médico, información médica, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro de la área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, por favor llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local de derechos civiles.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a atención, llámenos al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). Si usted tiene un reclamo, como un problema con el acceso con silla de ruedas, el Departamento de Atención al Cliente puede ayudarle.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para proporcionar y disponer de sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Departamento de Atención al Cliente para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). Usted también tiene derecho a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), sin referimiento.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un lapso de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de los especialistas cuando necesita dicha atención. También tiene derecho a surtir o reabastecer sus receta médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos prolongados.

Si usted piensa que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le informa qué puede hacer. (Si hemos negado cobertura por su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le informa lo que puede hacer).

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su expediente médico así como la información médica personal. Protegemos su información de salud personal según lo requieren estas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso escrito, denominado "Aviso de práctica de privacidad", que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o alteren su expediente.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a cualquier persona que no le provea atención o que pague por su atención, *primero estamos obligados a obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
  - Ya que usted es miembro de nuestro plan mediante Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación o para otros usos, esto se hará conforme a los estatutos y reglamentos federales.

### **Usted puede ver la información en sus expedientes y conocer cómo se compartió con otras personas**

Usted tiene derecho a leer sus expedientes médicos del plan y a obtener una copia de éstos. Se nos permite cobrarle una cuota para sacar copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si usted nos solicita esto, nosotros trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a conocer que su información de salud fue compartida con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir diversos tipos de información de nosotros. (Como se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de

nosotros en una forma que funcione para usted. Esto incluye obtener información en idiomas diferentes al inglés, en letras grandes o en otros formatos alternativos.)

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Por ejemplo, esto incluye información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo pagamos a los proveedores en nuestra red.
  - Para ver la lista de proveedores en la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias.
  - Para ver la lista de farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto) o visite nuestro sitio Web en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org).
- **La información sobre su cobertura y las normas que debe seguir para usar su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si usted tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación aunque haya recibido el servicio médico o el medicamento por un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted está inconforme o en desacuerdo con una decisión que tomemos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted en la forma que usted piensa debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Proporciona detalles sobre cómo hacer una apelación si usted desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le informa cómo hacer un reclamo sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras inquietudes.)
  - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	--

### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y de participar en la toma de decisiones sobre su atención médica**

Usted tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando los consulte para recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma que usted pueda entender*.

Usted también tiene el derecho a la participación plena en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le indiquen los riesgos que involucra su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención o tratamiento médico propuesto forman parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no.”** Usted tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otra instalación médica aunque su médico le indique no hacerlo. Usted también tiene el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que suceda con su cuerpo como resultado.
- **A recibir una explicación si se le rechaza la cobertura de atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor negó la atención que usted cree que debe recibir. Para recibir esta explicación, usted necesita solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le informa cómo solicitar que el plan tome una decisión de cobertura.

### **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo**

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por ellas mismas debido a que sufren accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara encontrar en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento no pudiera tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que ellos manejen su atención médica en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**.” Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintas formas de nombrarlas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**representación legal para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si usted desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar sus indicaciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social, de algunas tiendas de suministros de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente para pedir los formularios (los números telefónicos se encuentran en la portada trasera de este folleto).
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, debe recordar que es un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Dar copias a las personas apropiadas.** Debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en éste como la que puede tomar decisiones si usted no puede hacerlo. Es posible que desee proporcionar copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en el hogar.

Si sabe con anticipación que se internará en un hospital y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si se le admite en el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo trajo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección llenar una instrucción anticipada** (incluso si desea firmarla cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo con base en que haya firmado una instrucción anticipada.

### **¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?**

Si ha firmado una instrucción anticipada, y cree que un médico o un hospital no ha seguido las instrucciones que contiene, usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-206-8125 o escribiendo a NYSDOH, Bureau of Certification and Surveillance, Corning Tower, Albany 12237.

<b>Sección 1.7</b>	<b>Usted tiene derecho de hacer reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos</b>
--------------------	---

Si usted tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le informa qué puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo manejar todos los tipos de problemas y reclamos.

Como se explica en el Capítulo 9, lo que usted necesita hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Quizás necesite pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, nos haga una apelación para cambiar una decisión de cobertura, o hacer un reclamo. Lo que sea que usted haga – solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o hacer un reclamo – **estamos obligados a tratarlo en forma justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y los reclamos que los miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

<b>Sección 1.8</b>	<b>¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?</b>
--------------------	--

### **Si tiene que ver con discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles**

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado por su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina local de derechos civiles.

## ¿Tiene que ver con otra cosa?

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados y *no* tiene que ver con discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar al Departamento de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).
- Usted puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ésta, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Sección 1.9      Cómo obtener información adicional sobre sus derechos**

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

- Puede **llamar al Departamento de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).
- Usted puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ésta, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio Web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protección de Medicare). (Esta publicación esta disponible en:  
<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>.)
  - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 2      Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

### **Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

Las cosas que usted necesita hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si usted tiene preguntas, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** *Utilice este folleto de Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto para usted y las normas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.*
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre sus servicios médicos, inclusive lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre su cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, usted está obligado a informarnos.** *Por favor llame al Departamento de Atención al Cliente para informarnos.*
  - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted use toda su cobertura en combinación con cuándo recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se le llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos a su disposición. Nosotros le ayudaremos con esto. (Para más información sobre la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a los otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** *Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle proporcionándoles información, haciendo preguntas y dándole seguimiento a su atención.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores a que le proporcionen la mejor atención, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y proporciónales la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus doctores conozcan todos los medicamentos que usted toma, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si usted tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica supuestamente deben explicar las cosas en una forma que usted entienda. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe en una forma que ayude a facilitar el funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.*
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:*
  - Para seguir siendo un miembro de nuestro plan usted debe pagar sus primas del plan.
  - Para ser elegible para nuestro plan debe tener derecho a la Parte A y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Es por eso que algunos miembros deben pagar una prima de la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros deben pagar una prima de la Parte B de Medicare, para permanecer como miembros del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento. Ésta será un copago (una suma fija) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa qué debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si usted recibe cualquier servicio médico o medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo completo.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle cobertura por un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si tiene que pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar la penalización para permanecer como miembro del plan
- **Infórmenos si se muda.** *Si va a mudarse, es importante que nos informe inmediatamente. Llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).*
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a saber si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si va a salir de nuestra área de servicio, le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.**
  - **Si usted se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saber para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y sepamos cómo ponernos en contacto con usted.**

- **Llame al Departamento de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** *También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
  - Los números de teléfono y los horarios para llamar al Departamento de Atención al Cliente se encuentran en la portada trasera de este folleto.
  - Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección postal.

## **Capítulo 9. Qué hacer si usted tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

### **ANTECEDENTES**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>142</b>
Sección 1.1	Qué hacer si usted tiene un problema o inquietud .....	142
Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales? .....	142
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros .....</b>	<b>143</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	143
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Para manejar su problema, ¿qué proceso usaría? .....</b>	<b>143</b>
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe usar el proceso para hacer reclamos? .....	143
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....</b>	<b>145</b>
Sección 4.1	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación .....	145
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o haga una apelación .....	146
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona detalles para <u>su</u> situación? .....	147
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación .....</b>	<b>147</b>
Sección 5.1	Esta sección le informa qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que nosotros le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.....	148

Sección 5.2	Paso por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea).....	149
Sección 5.3	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) .....	152
Sección 5.4	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 .....	156
Sección 5.5	¿Qué pasa si pide que nuestro plan le pague la parte que nos corresponde de una factura que recibió usted por atención médica?.....	158
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>"Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación .....</b>	<b>159</b>
Sección 6.1	Esta sección le informa qué hacer si usted tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D .....	159
Sección 6.2	¿Qué es una excepción? .....	161
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones .....	163
Sección 6.4	Paso por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....	163
Sección 6.5	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	167
Sección 6.6	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 .....	169
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>"Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes internados más larga si piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto" .....</b>	<b>172</b>
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informe sobre sus derechos .....	172
Sección 7.2	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	174

Sección 7.3	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	177
Sección 7.4	¿Qué pasa si no cumple la fecha límite para hacer su Apelación del Nivel 1?.....	178
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza muy pronto .....</b>	<b>181</b>
Sección 8.1	<i>Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: Atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).....</i>	181
Sección 8.2	Nosotros le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura .....	182
Sección 8.3	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 para que su plan cubra su atención durante más tiempo .....	183
Sección 8.4	Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 para que su plan cubra su atención durante más tiempo .....	185
Sección 8.5	¿Qué pasa si no cumple la fecha límite para hacer su Apelación del Nivel 1?.....	186
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá .....</b>	<b>189</b>
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones del servicio médico.....	189
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	191
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo hacer un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Atención al Cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>193</b>
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de reclamos?.....	193
Sección 10.2	El nombre formal para "hacer un reclamo" es "presentar una queja" .....	195
Sección 10.3	Paso por paso: hacer un reclamo.....	196

Sección 10.4 Usted también puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención  
ante la Organización de mejoramiento de calidad .....197

## ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si usted tiene un problema o inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y para hacer apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas usted necesita usar el **proceso para hacer reclamos**.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar la igualdad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que se deben seguir por nosotros y por usted.

¿Cuál usa usted? Eso depende del tipo de problema que usted tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

#### Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos técnicos legales en algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "hacer un reclamo" en vez de "presentar una queja", "decisión de cobertura" en vez de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" y "Organización de evaluación independiente" en vez de "Entidad de evaluación independiente". También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe utilizar le ayudará a comunicarse en forma más clara y precisa cuando trate con su problema y a obtener la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar tipos de situaciones específicas.

---

## **SECCIÓN 2      Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros**

---

<b>Sección 2.1      Dónde obtener más información y asistencia personalizada</b>
--

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento al proceso para manejar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, usted podría no contar con el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

### **Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones quizás usted también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. En cualquier momento puede ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa del gobierno tiene asesores capacitados en cada estado. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa pueden ayudarle a entender el proceso que usted debe usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Usted encontrará los números en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

### **Puede obtener ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. Puede obtener información directa de Medicare por medio de las siguientes dos formas:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede visitar el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

---

## **SECCIÓN 3      Para manejar su problema, ¿qué proceso usaría?**

---

<b>Sección 3.1      ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe usar el proceso para hacer reclamos?</b>
---

Si usted tiene un problema o inquietud y desea hacer algo al respecto, solamente necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La guía a continuación será útil.

**COMIENCE AQUÍ**, para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específica.

**¿Su problema o preocupación es sobre sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas sobre si se cubren o no ciertos tipos de atención médica o medicamentos específicos, la manera en la que se cubren y los problemas relacionados con pagos de atención médica o medicamentos recetados).

**Si.**

Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.**

Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo hacer un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Atención al Cliente u otras inquietudes”**.

## **DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**

### **SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

#### **Sección 4.1 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación**

El proceso para tomar decisiones de cobertura y hacer apelaciones maneja problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para problemas relacionados con si algo está cubierto o no y la forman en la que está cubierto.

#### **Solicitar decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que nosotros pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) sobre su cobertura siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un especialista médico.

También puede contactarnos y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. Es decir, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, usted puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos decisiones de cobertura por usted cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos podríamos decidir que un servicio o el medicamento no están cubiertos o que Medicare ya no los cubre para usted. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede hacer una apelación. .

#### **Hacer una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no queda satisfecho con ésta, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos.

Cuando presenta una apelación revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar que hayamos acatado correctamente todas las reglas. Su apelación será gestionada por evaluadores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos nuestra decisión.

Si rechazamos a toda o a parte de su Apelación del Nivel 1, usted puede pasar a una Apelación del Nivel 2. La Apelación del Nivel 2 se realiza por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, nosotros se lo informaremos. En otras situaciones, usted necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2). Si no queda satisfecho con la decisión tomada en la Apelación del Nivel 2, usted podría pasar por muchos más niveles de apelación.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o haga una apelación</b>
--------------------	--

¿Desea recibir ayuda? Estos son algunos recursos que podría usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor pueden presentar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o hacer una Apelación de Nivel 1 a su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior a la de Nivel 1, su médico u otro proveedor debe ser designado como su representante.
- **Usted puede pedir que alguien actúe a su nombre.** Si desea hacerlo, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o haga una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo las leyes del Estado.
  - Si usted desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor sea su representante, llame al Departamento de Atención al Cliente y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". (Este formulario también está disponible en el sitio Web de Medicare al <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario otorga permiso a esa persona para que actúe a su nombre. El formulario deberá firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe a su nombre. Usted debe proporcionar a su plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de referencias. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si califica para recibirla. No

obstante, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que solicite cualquier tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Qué sección de este capítulo proporciona detalles para <u>su</u> situación?</b>
--------------------	---

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límites diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección independiente:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes internados más larga si piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza muy pronto" (*Esta sección trata únicamente sobre estos servicios: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).*)

Si sigue inseguro sobre qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

---

## **SECCIÓN 5**      **Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación**

---



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los "fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, quizás desee leerla antes de iniciar esta sección.

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta sección le informa qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que nosotros le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención</b>
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos son los beneficios descritos en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en vez de repetir "atención o tratamiento o servicios médicos" cada vez.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de estas cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted cree que dicha atención está cubierta por el plan.
3. Usted recibió atención o servicios médicos que considera deben estar cubiertos por el plan, pero dijimos que no pagaremos esta atención.
4. Usted recibió y pagó la atención o los servicios médicos que considera deben estar cubiertos por el plan y desea pedir a nuestro plan que le reembolse esta atención.
5. Le dijeron que la cobertura de cierta atención médica que recibe que habíamos anteriormente aprobado será reducida o interrumpida y considera que estas acciones podrían perjudicar su salud.
  - **NOTA: Si la cobertura que será interrumpida es de atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), usted necesita leer una sección independiente de este capítulo porque se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en dichas situaciones:**
    - Capítulo 9, Sección 7: *Como solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital mas larga si piensa que el medico le esta dando de alta demasiado pronto.*
    - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza muy pronto.* Esta sección se relaciona únicamente con tres servicios: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).
  - Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que recibe será interrumpida, utilice esta sección (Sección 5) como su guía para saber qué hacer.

<b>¿Cuál de los siguientes casos corresponde al suyo?</b>	
<b>Si está en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Desea saber si cubriremos la atención o servicios médicos que usted quiere?	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Vaya a la próxima sección de este capítulo, <b>Sección 5.2</b> .
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico en la manera que usted quiere que se cubra o se pague?	Usted puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos). Vaya a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos por atención o servicios médicos que usted ya pagó?	Puede mandarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Paso por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>	Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina “ <b>determinación de la organización</b> ”.
-------------------------	---

**Paso 1:** Usted puede pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que usted está solicitando. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida**”.

<b>Términos legales</b>	Una "decisión rápida" se denomina una " <b>decisión expedita</b> ".
-------------------------	---

*Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros proporcionemos cobertura por la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

*Por lo general utilizamos las fechas límite estándar para darle nuestra decisión*

Cuando emitimos nuestra decisión, usamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un lapso de 14 días** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante, podemos tardar hasta 14 días calendarios adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como historiales médicos) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tardar días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápida" acerca de nuestra decisión de tardar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, la responderemos en las siguientes 24 horas. (El proceso para hacer un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

*Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión rápida"*

- **Una decisión rápida significa que responderemos en un lapso de 72 horas.**
  - **No obstante, podemos tardar hasta 14 días calendarios adicionales** si encontramos que falta alguna información que podría beneficiarlo o si necesita tiempo para hacernos llegar información para que la revisemos. Si decidimos tardar días adicionales, le informaremos por escrito.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápida" acerca de nuestra decisión de tardar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Tan pronto como tomemos la decisión, le llamaremos.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no haya recibido*. (Usted no puede obtener una decisión rápida si su solicitud tiene que ver con el pago de atención médica que ya recibió.)
  - Usted *únicamente* puede obtener una decisión rápida si utilizar las fechas límite estándar pudiera *ocasionar un daño severo a su salud o afectar su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere de una "decisión rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida.**

- Si usted nos solicita una decisión rápida por sí mismo, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos las fechas límite estándar a su vez).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida, automáticamente la emitiremos.
  - La carta también le informará cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en vez de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

## **Paso 2: Consideremos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.**

### *Fechas límite para una decisión de cobertura “rápida”*

- Por lo general, para una decisión rápida, le daremos nuestra respuesta **en un lapso de 72 horas**.
  - Como se explica arriba, en ciertas circunstancias, podemos tardar hasta 14 días calendarios adicionales. Si decidimos tardar días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" acerca de nuestra decisión de tardar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, la responderemos en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  - Si no le damos nuestra respuesta en un lapso de 72 horas (o si hay un periodo de tiempo extendido, al final de dicho periodo), usted tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación le informa cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que acordamos proporcionar en un lapso de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final del periodo extendido.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una respuesta por escrito que explique por qué dijimos que no.

### *Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar”*

- Por lo general, para una decisión estándar, le daremos nuestra respuesta **en un lapso de 14 días después de haber recibido su solicitud**.

- En ciertas circunstancias, podemos tardar hasta 14 días calendarios adicionales (“un periodo extendido”). Si decidimos tardar días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" acerca de nuestra decisión de tardar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, la responderemos en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le damos nuestra respuesta en un lapso de 14 días (o si hay un periodo de tiempo extendido, al final de dicho periodo), usted tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación le informa cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un lapso de 14 días después de que hayamos recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proporcionaremos la cobertura al final del periodo extendido.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede decidir si desea hacer una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y quizás cambiar, esta decisión haciendo una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si usted decide presentar una apelación, esto significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación (vea la Sección 5.3 a continuación).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración”.
-------------------------	---

**Paso 1: Usted se pone en contacto con nuestro plan y hace su apelación.** Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitarnos una “**apelación rápida**”.

### *Qué debe hacer*

- **Para iniciar una apelación usted, su médico o su representante, debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque una sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentado una apelación con respecto a su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito presentando una solicitud firmada.**
  - Si alguna persona, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Departamento de Atención al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de Representante”. (Este formulario también esta disponible en el sitio Web de Medicare al <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), enviaremos su solicitud de apelación a la Organización de Evaluación Independiente para que se rechace.
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos** al teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Como contactar a nuestro plan cuando presente una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación en un lapso de 60 días calendario** a partir de la fecha que se encuentra en el aviso escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo por el cual no la cumplió, posiblemente le demos más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden ser: usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos, o nosotros le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información si lo desea.**
  - También tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle honorarios por copiar y enviarle esta información.
  - Si desean, usted y su médico nos pueden dar información adicional para apoyar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud por teléfono)*

<b>Términos legales</b>	Una "apelación rápida" también se denomina una " <b>reconsideración expedita</b> ".
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que nosotros hemos tomado sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesitan una "apelación rápida".
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para obtener una "decisión rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección.)
- Si usted o su médico nos informan que su salud requiere de una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

## **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando nuestro plan evalúa su apelación, hacemos otro análisis detallado de toda la información de su solicitud de cobertura de atención médica. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos ponernos en contacto con usted o su médico para obtener más información.

### ***Fechas límite para una apelación "rápida"***

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tardar días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si no le damos una respuesta en un lapso de 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos automáticamente obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación.

- **Si nuestra respuesta es rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una notificación de negación por escrito para informarle que hemos automáticamente enviado su apelación a la Organización de evaluación independiente para una Apelación del Nivel 2.

#### *Fechas límite para una decisión de apelación “estándar”*

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un lapso de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si ésta tiene que ver con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápido si su afección médica lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendarios más**.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" acerca de nuestra decisión de tardar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, la responderemos en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite indicada anteriormente (o al final del periodo de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluado por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un lapso de 30 días después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una notificación de negación por escrito para informarle que hemos automáticamente enviados su apelación a la Organización de evaluación independiente para una Apelación del Nivel 2.

#### **Paso 3: Si nuestro plan rechaza parcial o totalmente su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarse que hayamos acatado correctamente todas las reglas cuando negamos su apelación, **nosotros estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de evaluación independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

## Sección 5.4 Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2

Si rechazamos su Apelación del Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación del Nivel 2, la **Organización de evaluación independiente** evalúa la decisión que nosotros hemos tomado cuando dijimos que no a su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de evaluación independiente" es la " <b>Entidad de evaluación independiente</b> ". Algunas veces se denomina la " <b>IRE,</b> " por sus siglas en inglés.
-------------------------	--

### Paso 1: La Organización de evaluación independiente evalúa su apelación.

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Se nos permite cobrarle honorarios por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de evaluación independiente para apoyar su apelación.
- Los evaluadores en la Organización de evaluación independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si usted tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una **apelación "rápida"** en el Nivel 2*

- Si usted tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en **un lapso de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de evaluación independiente necesita recopilar más información que le pueda beneficiar, **puede tardarse hasta 14 días calendarios más.**

*Si usted tuvo una apelación "estándar" en el Nivel 1, también tendrá una **apelación "estándar"** en el Nivel 2*

- Si usted tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de evaluación debe darle una

respuesta a su Apelación de Nivel 2 en **un lapso de 30 días calendarios** después de que reciba su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de evaluación independiente necesita recopilar más información que le pueda beneficiar, **puede tardarse hasta 14 días calendarios más**.

### **Paso 2: La Organización de evaluación independiente le da su respuesta.**

La Organización de evaluación independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de ésta.

- **Si la organización de evaluación aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un lapso de 72 horas o proporcionar el servicio en un lapso de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de evaluación.
- **Si esta organización rechaza parcial o totalmente su apelación**, esto significa que están de acuerdo con nuestro plan que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le denomina "respaldar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".)
  - La notificación escrita que reciba de la Organización de Evaluación Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es final.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar más allá su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando en total cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación del Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles para hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su Apelación del Nivel 2.
- La Apelación del Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué pasa si pide que nuestro plan le pague la parte que nos corresponde de una factura que recibió usted por atención médica?</b>
--------------------	---

Si desea solicitar que nosotros paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitar que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos los documentos que nos solicitan el pago.

### **Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura**

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, haremos las debidas consultas para ver si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*). También revisaremos si siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos*).

### **Aprobaremos o negaremos su solicitud**

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *aprobar* su solicitud de una decisión de cobertura.)
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, nosotros no enviaremos el pago. A su vez, le enviaremos una carta que informa que no pagaremos los servicios y los motivos de esto. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *negar* su solicitud de una decisión de cobertura.)

### **¿Qué pasa si usted solicita el pago y decimos que no lo efectuaremos?**

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede hacer una apelación**. Si usted hace una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en el apartado 5.3 de esta sección.** Vaya a este apartado para seguir las instrucciones paso por paso. Cuando siga estas instrucciones, tome en cuenta lo siguiente:

- Si usted hace una apelación de reembolso, nosotros debemos darle nuestra respuesta en un lapso de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si usted nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no se le permite que solicite una apelación rápida.)
- Si la Organización de evaluación independiente invierte nuestra decisión de negar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un lapso de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un lapso de 60 días calendario.

---

## **SECCIÓN 6 "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación"**

---



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los "fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, quizás desee leerla antes de iniciar esta sección.

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección le informa qué hacer si usted tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicare denomina "medicamentos de la Parte D" a estos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Usted puede obtener estos medicamentos siempre y cuando estén incluidos en la Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea) del plan y el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

- **Esta sección únicamente trata sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre a lo que nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

## Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que nosotros pagamos por sus medicamentos.

<b>Términos legales</b>	Una decisión de cobertura inicial que tiene que ver con sus medicamentos de la Parte D, se denomina una “ <b>determinación de cobertura</b> ”.
-------------------------	--

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide hacer sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide hacer una excepción, inclusive:
  - Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan
  - Nos solicita anular una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)* del plan pero requerimos que usted obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted.)
  - *Tenga en cuenta que:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse tal como está escrita, recibirá una notificación por escrito que explique cómo contactarnos para pedirnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura del pago.

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la tabla a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

<b>¿Cuál de los siguientes casos corresponde al suyo?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción sobre un medicamento que sí cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Empiece con la <b>Sección 6.2</b> de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos y considera que reúne todas la reglas o restricciones del plan (tales como obtener autorización previa) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió y pagó?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un medicamento en la manera que usted quiere que se cubra o se pague?</p> <p>Usted puede presentar una <b>apelación</b>. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos).</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.</p>

**Sección 6.2      ¿Qué es una excepción?**

Si un medicamento no está cubierto en la forma que desearía que estuviera cubierto, puede solicitar que nosotros hagamos una "excepción". Una excepción es una decisión de tipo de de cobertura. Similar a los otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada para recetar necesitarán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentre en nuestra ***Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)***. (La denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar.)

<b>Términos legales</b>	Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos algunas veces se denomina solicitar una " <b>excepción a la farmacopea</b> ".
-------------------------	---

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos, usted tendrá que pagar el monto de costos compartidos que aplique a todos nuestros medicamentos. Usted no puede solicitar una excepción al monto del copago o coaseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.
- Usted no puede solicitar cobertura de ningún "medicamento excluido" ni otros medicamentos que no formen parte de la Parte D que Medicare no cubra. (Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos, consulte el Capítulo 5.)

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen normas o restricciones adicionales que aplican para ciertos medicamentos en nuestra ***Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea)*** (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 5).

<b>Términos legales</b>	Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una " <b>excepción a la farmacopea</b> ".
-------------------------	--

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A esto algunas veces se le denomina "autorización previa".)
  - *Estar obligado a probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (A esto algunas veces se le denomina "terapia de pasos".)
  - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y anular la restricción para usted, puede solicitar una excepción para el monto de copago o coaseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones</b>
--------------------	---

### **Su médico debe informarnos los motivos médicos**

Su médico u otra persona autorizada para recetar deben proporcionarnos una afirmación que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada para recetar cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

### **Podemos aprobar o negar su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta finalizar el año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 informa cómo puede hacer una apelación en caso de que digamos que no.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

<b>Sección 6.4</b>	<b>Paso por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

**Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre el o los medicamentos o el pago que usted necesita. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una “decisión rápida”. No puede solicitarnos una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.**

#### *Qué debe hacer*

- **Solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribimos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su

médico (u otra persona autorizada para recetar) pueden hacer esto. Para obtener detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está solicitando que le reembolsemos un medicamento, vaya a la sección titulada, *Cómo hacernos llegar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido*.

- **Usted o su médico o alguien más que actúe a su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante. Además, un abogado puede actuar a su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le paguemos un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitar que nosotros paguemos la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted podría solicitar un reembolso. Además, informa cómo enviarnos la documentación en la que nos solicita que reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración del médico"**. Su médico u otra persona autorizada para recetar deben proporcionarnos los motivos médicos por los cuales usted solicita la excepción del medicamento. (A esto nosotros le denominamos "declaración del médico".) Su médico u otra persona autorizada para recetar pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otra persona autorizada para recetar nos pueden informar por teléfono y dar seguimiento enviando por fax o correo la declaración escrita. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

*Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión rápida".*

<b>Términos legales</b>	Una "decisión rápida" se denomina una "decisión de cobertura expedita".
-------------------------	---

- Cuando emitimos nuestra decisión, usamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un lapso de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión rápida significa que responderemos en un lapso de 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted *únicamente* puede obtener una decisión rápida si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede recibir una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.)

- Usted *únicamente* puede obtener una decisión rápida si utilizar las fechas límite estándar pudiera *ocasionar un daño severo a su salud o afectar su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos informan que su salud requiere de una "decisión rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida.**
- Si usted nos solicita una decisión rápida por sí mismo (sin el apoyo de su médico u otra persona autorizada para recetar), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos las fechas límite estándar a su vez).
  - Esta carta le informará que si su médico u otra persona autorizada para recetar solicitan una decisión rápida, automáticamente la emitiremos.
  - La carta también le informará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en vez de la decisión rápida que solicitó. Indica cómo presentar un reclamo "rápido", lo que significa que obtendría la respuesta a su reclamo en un lapso de 24 horas. (El proceso para hacer un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

## **Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

### *Fechas límite para una decisión de cobertura "rápida"*

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa 24 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un lapso de 24 horas después de que hayamos recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un lapso de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que apoyó su solicitud.

- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no.

*Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que todavía no ha recibido*

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 72 horas**.
  - Por lo general, esto significa 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un lapso de 72 horas después de que hayamos recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **en un lapso de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico apoyando su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no.

*Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que usted ya compró*

- Debemos darle una respuesta dentro de **14 días calendarios** después que recibimos su respuesta.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar un pago dentro de 30 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede decidir si desea hacer una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

<b>Sección 6.5</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina " <b>redeterminación</b> " del plan.
-------------------------	--

**Paso 1: Usted se pone en contactarnos y hacer su apelación del nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitarnos una "apelación rápida".**

*Qué debe hacer*

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona autorizada para recetar) debe ponerse en contactarnos.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, o correo para cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por medio de una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos al teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D).**
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación en un lapso de 60 días calendarios a partir de la fecha que se encuentra en el aviso escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo por el cual no la cumplió, posiblemente le demos más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden ser: usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos, o nosotros le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.**

- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - También tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle honorarios por copiar y enviarle esta información.
  - Si desean, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar nos pueden dar información adicional para apoyar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida".*

<b>Términos legales</b>	Una "apelación rápida" también se denomina "redeterminación expedita".
-------------------------	--

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar deberán decidir si necesitan una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para obtener una "decisión rápida" detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

## **Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando nuestro plan evalúa su apelación, hacemos otro análisis detallado de toda la información de su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos ponernos en contacto con usted o su médico u otra persona autorizada para recetar para obtener más información.

### ***Fechas límite para una decisión de apelación "rápida"***

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud lo merita.
  - Si no le damos una respuesta en un lapso de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

### *Fechas límite para una decisión de **apelación “estándar”***

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos antes nuestra decisión si usted aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos. Debe pedir una apelación “rápida” si considera que su salud lo necesita.
  - Si no le damos una decisión en un lapso de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de evaluación y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud, pero **no después de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolsar un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un lapso de 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una solicitud por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud, usted puede decidir si desea continuar con el proceso de apelaciones y hacer *otra* apelación.**

- Si rechazamos su apelación, entonces usted puede elegir si acepta esta decisión o desea continuar con otra apelación.
  - Si usted decide hacer otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

<b>Sección 6.6</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2</b>
--------------------	--

Si rechazamos su apelación, entonces usted puede elegir si acepta esta decisión o desea continuar con otra apelación. Si usted decide pasar a una Apelación del Nivel 2, la **Organización de evaluación independiente** evalúa la decisión que hemos tomado cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de evaluación independiente" es la <b>“Entidad de evaluación independiente”</b> . Algunas veces se denomina la <b>“IRE,” por sus siglas en inglés.</b>
-------------------------	---

**Paso 1: Para hacer una Apelación del Nivel 2, usted debe ponerse en contacto con la Organización de evaluación independiente y solicitar una evaluación de su caso.**

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer una Apelación del Nivel 2** ante la Organización de evaluación independiente. Estas instrucciones le informarán cómo puede hacer esta Apelación del Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo contactar a la organización de evaluación.
- Cuando usted hace una apelación ante la Organización de evaluación independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su evaluación. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Se nos permite cobrarle honorarios por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de evaluación independiente para apoyar su apelación.

**Paso 2: La Organización de evaluación independiente hace una evaluación de su apelación y emite una respuesta.**

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para evaluar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los evaluadores en la Organización de evaluación independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de ésta.

***Fechas límite para la apelación "rápida" en el Nivel 2***

- Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la Organización de evaluación independiente.
- Si la organización de evaluación acepta darle una "apelación rápida", la organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **en un lapso de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de evaluación independiente aprueba parcial o totalmente lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada

por la organización de evaluación **en un lapso de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de evaluación.

### *Fechas límite para la apelación "estándar" en el Nivel 2*

- Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un lapso de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- **Si la Organización de evaluación independiente aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó:**
  - Si la Organización de evaluación independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de evaluación **en un lapso de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de evaluación.
  - Si la Organización de evaluación independiente aprueba una solicitud de reembolsar un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un lapso de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de evaluación.

### **¿Qué pasa si la organización de evaluación rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina "respaldar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".)

Para continuar y hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. La notificación que recibe de la Organización de evaluación independiente le informará por escrito si su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted puede elegir si desea seguir con la apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando en total cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación del Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que obtuvo después de su segunda apelación.
- La Apelación del Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 7 "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes internados más larga si piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto"**

---

Cuando usted es hospitalizado, tiene el derecho de obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidos los límites en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que abandone el hospital. También ayudarán a organizar la atención que usted pueda necesitar después de ser dado de alta.

- Al día que usted sale del hospital se le denomina su “**fecha de alta**”. La cobertura de nuestro plan de su estadía en el hospital finaliza en esta fecha.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si piensa que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado rápido, puede solicitar una estadía más larga en el hospital y su solicitud se tomará en consideración. Esta sección le informa cómo solicitarlo.

<b>Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informe sobre sus derechos</b>
---

Durante su estadía en el hospital, se le dará un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cuando son hospitalizadas. Alguien en el hospital (por ejemplo un asistente social o una enfermera) debe proporcionársela en un lapso de dos días después de haber sido hospitalizado. Si no recibe la notificación, pídesela a cualquier empleado en un hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** Informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.

- Su derecho a estar involucrado en cualquier decisión con respecto a su estadía en el hospital y quién pagará por ella.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar si usted considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

<b>Términos legales</b>	El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede " <b>solicitar una evaluación inmediata</b> ". Solicitar una evaluación inmediata es una manera formal, legal para solicitar un retraso en su fecha de alta para que su atención hospitalaria se cubra durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede hacer una solicitud de evaluación inmediata.)
-------------------------	--

**2. Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

- Usted o alguien que actúe a su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.)
- Firmar el aviso *únicamente* muestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que acepta la fecha de alta.

**3. Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga a la mano la información sobre hacer una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días antes del día que salga del hospital, usted recibirá otra copia antes de que esté programada su alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También lo puede ver en el Web al [http://www.cms.gov/BNI/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

## **Sección 7.2 Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios sean cubiertos por nosotros durante más tiempo, necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.
- **Cumplir con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que aplican para las cosas que debe hacer.
- **Solicitar ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación del Nivel 1, la Organización de mejoramiento de calidad evalúa su apelación.** Revisa si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

**Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad de su estado y pida una "revisión rápida de su alta del hospital. Usted debe actuar rápido.**

<b>Términos legales</b>	Una "apelación rápida" también se denomina "evaluación inmediata".
-------------------------	--

*¿Qué es la Organización de mejoramiento de calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización la paga Medicare para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para la gente con Medicare. Esto incluye evaluar las fechas de alta del hospital para personas con Medicare.

*¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización de mejoramiento de calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto.)

**Actúe rápido:**

- Para presentar su apelación, usted debe ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad *antes* de salir del hospital y **antes de su fecha de alta**

**planificada.** (Su "fecha de alta planificada" es la fecha que se estableció para que usted abandone el hospital.)

- Si usted cumple con esta fecha límite, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera recibir la decisión de su apelación ante la Organización de mejoramiento de calidad.
- Si usted *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *quizás tenga que pagar todos los costos* de la atención médica que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para contactar a la Organización de mejoramiento de calidad sobre su apelación, en su lugar puede hacer su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, consulte la Sección 7.4.

*Solicite una "evaluación rápida":*

- Debe pedirle a la Organización de mejoramiento de calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "evaluación rápida" significa que le pide a la organización que use las fechas límite "rápidas" para una apelación en vez de utilizar las fechas límite estándar.

<b>Términos legales</b>	Una "evaluación rápida" también se denomina "evaluación inmediata" o "evaluación expedita".
-------------------------	---

**Paso 2: La Organización de mejoramiento de calidad realiza una evaluación independiente de su caso.**

*¿Qué sucede durante esta evaluación?*

- Los profesionales de la salud de la Organización de mejoramiento de calidad (para abreviar los llamaremos "los evaluadores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.
- Los evaluadores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y consultarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- El mediodía del día después de que los evaluadores informen nuestro plan de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica los motivos del por qué su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

<b>Términos legales</b>	Esta explicación por escrito se denomina “ <b>Aviso detallado de alta</b> ”. Usted puede obtener una muestra de este aviso llamando al Departamento de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O usted puede ver un aviso de muestra en Internet en <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a>
-------------------------	---

**Paso 3: En un lapso de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización de mejoramiento de calidad le dará su respuesta a su apelación.**

*¿Qué sucede si la respuesta es sí?*

- Si la organización de evaluación dice que *sí* a su apelación, **nosotros debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, puede haber límites en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué sucede si la respuesta es no?*

- Si la organización de evaluación dice que no a su apelación, está informando que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía de ese día después de que la Organización de mejoramiento de calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de evaluación dice que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que usted tendrá que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a aquel en que la Organización de mejoramiento de calidad le dé su respuesta a su apelación.

**Paso 4: Si la respuesta es no a su Apelación del Nivel 1, usted puede decidir si desea hacer otra apelación.**

- Si la Organización de mejoramiento de calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede hacer otra apelación. Hacer otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.3</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización de mejoramiento de calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede hacer una apelación de Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de mejoramiento de calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en su primera apelación. Si denegamos su Apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo de su estadía después de la fecha planeada para su alta.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Usted se vuelve a poner en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad y les pide otra evaluación.**

- Usted debe solicitar esta evaluación **en un lapso de 60 días calendarios** después del día en que la Organización de mejoramiento de calidad dijo que *no* a su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

**Paso 2: La Organización de mejoramiento de calidad hace una segunda evaluación de su situación.**

- Los evaluadores en la Organización de mejoramiento de calidad de nuevo analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un lapso de 14 días calendarios, los evaluadores de la Organización de mejoramiento de calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

*Si la organización de evaluación dice que sí:*

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de mejoramiento de calidad rechazó su primera apelación. **Nosotros debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicarse límites de cobertura.

*Si la organización de evaluación dice que no:*

- Eso significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación del Nivel 1 y no la cambiarán. A esto se le denomina "respaldar la decisión".

- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de evaluación. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que se maneja por un juez.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted tendrá que decidir si desea llevar más allá su apelación pasando al Nivel 3.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando en total cinco niveles de apelación). Si la organización de evaluación rechaza su Apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación la evalúa un juez.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>¿Qué pasa si no cumple la fecha límite para hacer su Apelación del Nivel 1?</b>
--------------------	--

**A su vez, usted puede apelar a nosotros**

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápido para contactar a la Organización de mejoramiento de calidad para iniciar su primera apelación de su alta del hospital. ("Rápido" significa antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta planificada). Si usted no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma para hacer su apelación.

Si usted utiliza esta otra forma para hacer su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

**Paso por paso: Como hacer una Apelación Alternativa del Nivel 1**

Si usted no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad, puede hacer una apelación ante nosotros, solicitando una "evaluación rápida". Una evaluación rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

<b>Términos legales</b>	Una evaluación "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina una " <b>apelación expedita</b> ".
-------------------------	---

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "evaluación rápida".**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a su atención médica.*

- **Asegúrese de solicitar una "evaluación rápida"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando las fechas límite "rápidas" en vez de las fechas límite "estándar".

**Paso 2: Nosotros hacemos una evaluación "rápida" de su fecha de alta planificada, revisando si fue médicamente apropiada.**

- Durante esta evaluación, nosotros consultamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Revisaremos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y si siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite "rápidas" en vez de las fechas límite estándar para darle la decisión de esta evaluación.

**Paso 3: Nosotros le daremos nuestra decisión en un lapso de 72 horas después de que usted solicite una "evaluación rápida" ("apelación rápida").**

- **Si nosotros decimos que sí a su apelación rápida**, esto significa que estuvimos de acuerdo con usted de que necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted recibió desde la fecha que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber límites de cobertura que aplican).
- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, estamos informando que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos que la cobertura finalizaría.
  - Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **quizás tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarse que hayamos acatado correctamente todas las reglas cuando negamos su apelación rápida, **nosotros estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de evaluación independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso por paso: como hacer una Apelación *Alternativa* del Nivel 2**

Si rechazamos su Apelación del Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación del Nivel 2, la **Organización de evaluación**

**independiente** evalúa la decisión que nosotros hemos tomado cuando dijimos que no a su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de evaluación independiente" es la " <b>Entidad de evaluación independiente</b> ". Algunas veces se denomina la " <b>IRE,</b> " por sus siglas en inglés.
-------------------------	--

**Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de evaluación independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación del Nivel 2 a la Organización de evaluación independiente en un lapso de 24 horas a partir de cuando le dijimos que no a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límite, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo hacer un reclamo).

**Paso 2: La Organización de evaluación independiente hace una "evaluación rápida" de su apelación. Los evaluadores le dan una respuesta en 72 horas.**

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los evaluadores en la Organización de evaluación independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si la organización dice que sí a su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido a partir de la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios siempre y cuando sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen límites de cobertura, estos podrían limitar el monto que reembolsemos o el tiempo que seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que no a su apelación,** esto significa que están de acuerdo con nosotros que su fecha de alta planificada del hospital fue médicamente apropiada.
  - El aviso que recibe de la Organización de evaluación independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de evaluación. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación del Nivel 3, que se maneja por un juez.

**Paso 3: Si la Organización de evaluación independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar más allá su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando en total cinco niveles de apelación). Si los evaluadores dicen que no a su Apelación del Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y hace una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 8      Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza muy pronto**

---

<p><b>Sección 8.1</b>      <b><i>Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: Atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</i></b></p>
--

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención de la salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para considerarse un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 titulado, *Definiciones de palabras importantes*.)
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12 titulado, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que se necesite la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier límite de cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*.

Cuando nosotros decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *nosotros dejaremos de pagar la parte que le corresponde del costo de su atención.*

Si usted piensa que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

<b>Sección 8.2</b>	<b>Nosotros le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura</b>
--------------------	---

- 1. Usted recibirá un aviso por escrito.** Cuando menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención, la agencia o el centro que proporcionen su atención le darán un aviso.
  - El aviso por escrito le informa la fecha de cuando nosotros dejaremos de cubrir la atención para usted.
  - El aviso por escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie su decisión sobre cuándo finalizar su atención y seguirla cubriendo durante un periodo de tiempo más largo.

<b>Términos legales</b>	Para decirle qué puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede <b>“solicitar una apelación expedita”</b> . Solicitar una apelación expedita es una manera formal, legal para solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuando terminar su atención médica. (La Sección 7.3 a continuación le informa cómo puede solicitar.)
-------------------------	---

<b>Términos legales</b>	El aviso por escrito se denomina <b>“Aviso de finalización de la cobertura de Medicare”</b> . Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.). O vea una copia en Internet en <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a>
-------------------------	--

- 2. Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.**
  - Usted o alguien que actúe a su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.)

- Firmar el aviso *únicamente* muestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 1 para que su plan cubra su atención durante más tiempo</b>
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un periodo de tiempo más largo, necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.
- **Cumplir con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que aplican para las cosas que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).
- **Solicitar ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**En una Apelación de Nivel 1, la Organización de mejoramiento de calidad evalúa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Hacer su Apelación del Nivel 1: póngase en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad en su Estado y solicite una evaluación. Usted debe actuar rápido.**

*¿Qué es la Organización de mejoramiento de calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Supervisan la calidad de la atención recibida por la gente con Medicare y evalúan las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

*¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?*

- El aviso por escrito que usted recibió le informa cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización de mejoramiento de calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto.)

*¿Qué debe solicitar usted?*

- Solicite que esta organización realice una evaluación independiente de que si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

*Su fecha límite para contactar a esta organización.*

- Usted debe contactar a la Organización de mejoramiento de calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día después de que reciba el aviso por escrito donde se le informa que dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no cumple con la fecha límite para contactar a la Organización de mejoramiento de calidad sobre su apelación, en su lugar puede hacer su apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, consulte la Sección 8.5.

**Paso 2: La Organización de mejoramiento de calidad realiza una evaluación independiente de su caso.**

*¿Qué sucede durante esta evaluación?*

- Los profesionales de la salud de la Organización de mejoramiento de calidad (para abreviar los llamaremos "los evaluadores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.
- La organización de evaluación también revisará su información médica, hablará con su médico y consultará la información que su plan le haya proporcionado.
- Al fin del día en que los evaluadores nos informen de su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de nosotros que proporciona nuestros motivos por finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

<b>Términos legales</b>	Esta explicación del aviso se denomina "Explicación detallada de la finalización de cobertura".
-------------------------	---

**Paso 3: En un lapso de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los evaluadores le informarán su decisión.**

*¿Qué sucede si los evaluadores dicen que sí a su apelación?*

- Si los evaluadores dicen que *sí* a su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, puede haber límites de sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué sucede si los evaluadores dicen que no a su apelación?*

- Si los evaluadores dicen que no a su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Nosotros dejaremos de pagar la parte que le corresponde de los costos de esta atención.
- Si usted decide seguir recibiendo atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de esta fecha cuando su cobertura termine, entonces **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención usted mismo.

**Paso 4: Si la respuesta es no a su Apelación del Nivel 1, usted puede decidir si desea hacer otra apelación.**

- Esta primera apelación que usted haga es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los evaluadores dicen que *no* a su Apelación del Nivel 1 – y usted elige seguir recibiendo atención después de su cobertura de atención haya finalizado - entonces puede hacer otra apelación.
- Hacer otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.4</b>	<b>Paso por paso: cómo hacer una Apelación del Nivel 2 para que su plan cubra su atención durante más tiempo</b>
--------------------	--

Si la Organización de mejoramiento de calidad rechazó su apelación y usted elige seguir recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura de atención, entonces puede hacer una Apelación del Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de mejoramiento de calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en su primera apelación. Si denegamos su Apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo de su atención médica en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Usted se vuelve a poner en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad y les pide otra evaluación.**

- Usted debe solicitar esta evaluación **en un lapso de 60 días** después del día en que la Organización de mejoramiento de calidad dijo que *no* a su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación únicamente si siguió recibiendo atención después de la fecha que finalizó su cobertura de la atención.

**Paso 2: La Organización de mejoramiento de calidad hace una segunda evaluación de su situación.**

- Los evaluadores en la Organización de mejoramiento de calidad de nuevo analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un lapso de 14 días, los evaluadores de la Organización de mejoramiento de calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

*¿Qué sucede si la organización de evaluación dice que sí a su apelación?*

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Nosotros debemos seguir proporcionando la cobertura** de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede haber límites de cobertura que aplican.

*¿Qué sucede si la organización de evaluación dice que no?*

- Eso significa que están de acuerdo con la decisión que nosotros hemos tomado para su Apelación del Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de evaluación. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que se maneja por un juez.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted tendrá que decidir si desea llevar más allá su apelación.**

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, sumando cinco niveles de apelación. Si los evaluadores rechazan su Apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación la evalúa un juez.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.5</b> <b>¿Qué pasa si no cumple la fecha límite para hacer su Apelación del Nivel 1?</b>
---

**A su vez, usted puede apelar a nosotros**

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para contactar a la Organización de mejoramiento de calidad para iniciar su primera apelación (en un lapso de uno o

dos días, máximo). Si usted no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma para hacer su apelación. Si usted utiliza esta otra forma para hacer su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

### **Paso por paso: Como hacer una Apelación Alternativa del Nivel 1**

Si usted no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de calidad, puede hacer una apelación ante nosotros, solicitando una "evaluación rápida". Una evaluación rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación Alternativa del Nivel 1:

<b>Términos legales</b>	Una evaluación "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina una " <b>apelación expedita</b> ".
-------------------------	---

#### **Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "evaluación rápida".**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros si está presentando una apelación con respecto a su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "evaluación rápida"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando las fechas límite "rápidas" en vez de las fechas límite "estándar".

#### **Paso 2: Nosotros realizamos una evaluación "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo dejar de cubrir sus servicios.**

- Durante esta evaluación, nosotros consultamos nuevamente toda la información sobre su caso. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Usaremos las fechas límite "rápidas" en vez de las fechas límite estándar para darle la decisión de esta evaluación. (Por lo general, si usted hace una apelación a nuestro plan y solicita una "evaluación rápida", se nos permite decidir si aceptar su solicitud y le otorgamos una "evaluación rápida". Pero en esta situación, las reglas nos obligan a darle una respuesta rápida si la solicita.)

#### **Paso 3: Nosotros le daremos nuestra decisión en un lapso de 72 horas después de que usted solicite una "evaluación rápida" ("apelación rápida").**

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo y le seguiremos proporcionando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También

significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted recibió desde la fecha que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber límites de cobertura que aplican.)

- **Si rechazamos su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y nuestro plan no pagará después de esta fecha. Nosotros dejaremos de pagar la parte que le corresponde de los costos de esta atención.
- Si usted siguió recibiendo atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría, entonces **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención usted mismo.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarse que hayamos acatado correctamente todas las reglas cuando negamos su apelación rápida, **nosotros estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de evaluación independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso por paso: como hacer una Apelación *Alternativa* del Nivel 2**

Si rechazamos su Apelación del Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación del Nivel 2, la **Organización de evaluación independiente** evalúa la decisión que nosotros hemos tomado cuando dijimos que no a su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal de la "Organización de evaluación independiente" es la " <b>Entidad de evaluación independiente</b> ". Algunas veces se denomina la " <b>IRE,</b> " <b>por sus siglas en inglés.</b>
-------------------------	---

**Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de evaluación independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación del Nivel 2 a la Organización de evaluación independiente en un lapso de 24 horas a partir de cuando le dijimos que no a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límite, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo hacer un reclamo.)

**Paso 2: La Organización de evaluación independiente hace una "evaluación rápida" de su apelación. Los evaluadores le dan una respuesta en 72 horas.**

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los evaluadores en la Organización de evaluación independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización dice que sí a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido a partir de la fecha cuando dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen límites de cobertura, estos podrían limitar el monto que reembolsemos o el tiempo que seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que no a su apelación,** eso significa que estamos de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiaremos.
  - El aviso que recibe de la Organización de evaluación independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de evaluación. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación del Nivel 3.

**Paso 3: Si la Organización de evaluación independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar más allá su apelación.**

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, sumando cinco niveles de apelación. Si los evaluadores dicen que no a su Apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación la evalúa un juez.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

---

<b>Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones del servicio médico</b>
---

Esta sección podría ser apropiada para usted si hizo una Apelación del Nivel 1 y una Apelación del Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un juez que trabaja para el gobierno Federal</b> evaluará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez de derecho administrativo".
-----------------------------	--

- **Si el Juez de Derecho Administrativo aprueba su apelación**, el proceso de apelaciones **puede o no haberse terminado** - Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, (Organización de evaluación independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un lapso de 60 días después de recibir la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación del Nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación del Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no haberse terminado*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que obtenga le informará qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	<b>El Consejo de apelaciones de Medicare</b> evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de evaluar una decisión favorable de Apelación del Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haberse terminado*** - Nosotros decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, (Organización de evaluación independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un lapso de 60 días después de recibir la decisión del Consejo de apelaciones de Medicare.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de evaluación, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que obtenga le indicará si las normas le permiten pasar a una Apelación del Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 5</b>	Un juez en el <b>Tribunal federal de distrito</b> evaluará su apelación.
-----------------------------	--

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

<b>Sección 9.2</b>	<b>Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	---

Esta sección podría ser apropiada para usted si hizo una Apelación del Nivel 1 y una Apelación del Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del medicamento que apeló cumple ciertos niveles mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un juez que trabaja para el gobierno Federal</b> evaluará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez de derecho administrativo".
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o brindar cobertura de medicamentos**, que haya sido autorizada por un Juez Administrativo, **en un plazo de 72 horas (24 horas**

**para apelaciones rápidas) o efectuar un pago a más tardar en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haberse terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que obtenga le informará qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	El Consejo de apelaciones de Medicare evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o brindar cobertura de medicamentos**, que haya sido autorizada por un Juez Administrativo, **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones rápidas) o efectuar un pago a más tardar en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haberse terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. Cuando el Consejo de evaluaciones de Medicare rechace su apelación, el aviso que obtenga le indicará si las normas le permiten pasar al nivel 5 de apelación. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 5</b>	Un juez en el Tribunal federal de distrito evaluará su apelación.
-----------------------------	---

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

## HACER RECLAMOS

---

### **SECCIÓN 10**      **Cómo hacer un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Atención al Cliente u otras inquietudes**

---



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. A su vez, usted necesita usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

<b>Sección 10.1</b> <b>¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de reclamos?</b>
--

Esta sección explica cómo usar el proceso para hacer reclamos. El proceso de reclamos se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de reclamos.

**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”**

**Calidad de su atención médica**

- ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?

**Respeto a su privacidad**

- ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información sobre usted que usted considera que debería ser confidencial?

**Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos**

- ¿Alguien le ha faltado el respeto o ha sido grosero con usted?
- ¿Está insatisfecho con la manera en la que lo ha tratado nuestro Departamento de Atención al Cliente?
- ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?

**Periodos de espera**

- ¿Se le dificulta obtener una cita o está esperando demasiado tiempo para que se la den?
- ¿Lo han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿o nuestro Departamento de Atención al Cliente u otro personal del plan?
  - Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en comunicaciones telefónicas, en la sala de espera, al recibir una receta o en la sala de exámenes.

**Limpieza**

- ¿Está insatisfecho con la limpieza o aspecto de una clínica, hospital o consultorio médico?

**Información que recibe de nosotros**

- ¿Cree que no le hemos dado alguna notificación que le debíamos haber dado?
- ¿Cree que la información que le hemos dado por escrito es difícil de entender?

*La siguiente página ofrece más ejemplos de posibles razones para presentar un reclamo*

## Posibles reclamos (continúa)

### Estos tipos de reclamos están relacionados con la *oportunidad de nuestras medidas y corresponden con las decisiones de cobertura y apelaciones*

El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar una apelación se explica en las secciones 4-10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, use ese proceso, no el proceso de reclamos.

Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le respondemos con la rapidez necesaria, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:

- Si nos ha pedido que le demos una “respuesta rápida” con respecto a una decisión de cobertura o una apelación y le hemos dicho que no, usted puede presentar un reclamo.
- Si considera que no estamos respetando las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta sobre su apelación, puede presentar un reclamo.
- Cuando se evalúe una decisión de cobertura que tomamos y nos digan que tenemos que cubrir o darle un reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que corresponde seguir. Si usted considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar un reclamo.
- Cuando no le damos una decisión de manera oportuna, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Evaluación Independiente. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite establecida, usted puede presentar un reclamo.

## Sección 10.2 El nombre formal para "hacer un reclamo" es "presentar una queja"

### Términos legales

- Lo que esta sección denomina "**reclamo**" también se denomina "**queja**".
- Otro término para "**hacer un reclamo**" es "**presentar una queja**".

- Otra forma de decir "usar el proceso de reclamos" es "usar el proceso para presentar una queja".

### Sección 10.3 Paso por paso: hacer un reclamo

#### **Paso 1: Contáctenos oportunamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, el primer paso es llamar al Departamento de Atención al Cliente.** Si es necesario hacer algo más, el Departamento de Atención al Cliente se lo informará. Llame a 1-866-986-0356, para TTY únicamente, llame al 1-800-881-2812 de lunes a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **Si no desea llamar (o usted llamó y no quedó satisfecho), puede hacer su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
  - Envíe su reclamo por escrito a:  
MetroPlus Health Plan  
160 Water Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
New York, NY 10038  
  
Attention: Medicare Department
  - Responderemos a su solicitud escrita dentro de 30 días. Podríamos demorar 14 días adicionales si usted nos lo pide o si necesitamos más tiempo para responder.
  - Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene otras opciones.
- **Ya sea que nos llame o escriba, debe comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de inmediato.** El reclamo debe hacerse en los 60 días calendarios siguientes al problema por el que quiere reclamar.
- **Si está haciendo un reclamo porque denegamos su solicitud de una "respuesta rápida" a una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos un reclamo "rápido".** Si tiene un reclamo "rápido", esto significa que le daremos una respuesta en un lapso de 24 horas.

<b>Términos legales</b>	Lo que esta sección denomina "reclamo rápido" también se denomina "queja expedita".
-------------------------	---

## **Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos rápidamente.** Si usted nos llama con un reclamo, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio o si usted pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendarios adicionales (44 días calendarios en total) en responder su reclamo.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su reclamo o no tomamos responsabilidad del problema del que se está quejando, nosotros se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para ésta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con el reclamo.

<b>Sección 10.4      Usted también puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización de mejoramiento de calidad</b>
---

Usted puede hacernos su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió utilizando el proceso paso a paso que se detalló anteriormente.

Cuando su reclamo esté relacionado con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización de mejoramiento de calidad.** Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (sin hacer el reclamo a nosotros).
  - La Organización para Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica remunerados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, dirección y número telefónico de la Organización de mejoramiento de calidad de su estado, vaya a la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si usted hace un reclamo ante esta organización, lo analizaremos con ellos para resolver su reclamo.
- **O puede hacer su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización de mejoramiento de calidad.

## **Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>199</b>
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan.....	199
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>199</b>
Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual.....	199
Sección 2.2	Usted puede terminar su membresía durante el Periodo Anual de Cancelación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas.....	200
Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción.....	201
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	202
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Como puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>203</b>
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan .....	203
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>204</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.....	204
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....</b>	<b>205</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	205
Sección 5.2	Usted tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan.....	206

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

La finalización de su membresía en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) puede ser **voluntaria** (decisión propia) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que *desea* retirarse.
  - Hay ciertos momentos específicos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar su membresía en el plan de manera voluntaria. La Sección 2 le indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía puede variar dependiendo del tipo de cobertura que elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elije retirarse, pero está obligado a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debe finalizar su membresía.

Si usted va a retirarse de nuestro plan, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

---

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan sólo durante ciertos periodos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de salir del plan durante el Periodo de inscripción anual y durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage y durante el Periodo de Cancelación anual de Medicare Advantage. En ciertas situaciones también puede ser elegible para salir del plan durante otras épocas del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual</b>
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como el “Periodo anual de elección coordinada”). Durante ese momento debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Periodo de inscripción anual?** En el 2011, del 15 de octubre al 7 de diciembre en el 2011

- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el Periodo de inscripción anual?** En ese momento puede revisar su cobertura médica y de medicamentos. Puede elegir mantener su cobertura actual o hacerle cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
  - – o – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
    - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en otro plan distinto de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido cancelar la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, usted podría pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. "Acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. (Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.)

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Usted puede terminar su membresía durante el Periodo Anual de Cancelación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas</b>
--------------------	---

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el Periodo Anual de Cancelación de Medicare Advantage.

- **¿Cuándo es el Periodo Anual de Cancelación de Medicare Advantage?** Tiene lugar cada año, del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el Periodo Anual de Cancelación de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su membresía en un Plan de Medicare Advantage y cambiarse a Original Medicare. Si elije cambiarse a Original Medicare durante este periodo, al mismo tiempo podrá inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos iniciará el primer día del mes posterior al que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.3</b>	<b>En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción</b>
--------------------	--

En ciertas situaciones, los miembros de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. A esto se le conoce como **Periodo especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo especial de inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica para usted, usted es elegible para finalizar su membresía durante el Periodo especial de inscripción. Estos son únicamente algunos ejemplos, si desea la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
  - Por lo general, cuando se haya mudado.
  - Si usted cuenta con Medicaid.
  - Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar sus medicamentos de Medicare.
  - Si no respetamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, tal como un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo.
- **¿Cuándo son los Periodos especiales de inscripción?** Los periodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** Para averiguar si usted califica por un Periodo Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
  - – o – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

- **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Medicare original y no se inscribe en otro plan distinto de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido cancelar la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, usted podría pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. "Acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. (Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.)

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).
- Usted puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2012*.
  - Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare la reciben en un lapso de un mes después de haberse inscrito.
  - Usted también puede descargar una copia desde el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que se proporciona a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 ¿Como puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

### Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitarle a nuestro plan que cancele su membresía. Hay dos formas de solicitar que cancelemos su inscripción:

- Puede presentarnos su solicitud por escrito. (Contacte al Departamento de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto).
- --o-- puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** Si cancela su inscripción de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, usted podría pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. "Acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. (Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.)

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el plan nuevo de atención médica de Medicare.</li> </ul> <p>Su inscripción en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) quedará cancelada automáticamente cuando inicie la cobertura de su plan nuevo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de</li> </ul>

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>medicamentos recetados de Medicare independiente.</p>	<p>medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su inscripción en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) quedará cancelada automáticamente cuando inicie la cobertura de su plan nuevo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Nota:</b> Si cancela su inscripción de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, usted podría pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su membresía.</b> Contacte al Departamento de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono aparecen en la cubierta trasera de este manual).</li> <li>• Usted también puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Su membresía en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) será cancelada cuando inicie su cobertura de Original Medicare.</li> </ul>

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	--

Si usted se retira de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), podría pasar tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo entra en vigor su nueva cobertura.) Durante este tiempo, usted debe seguir obteniendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Usted debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus receta médicas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados únicamente se cubren si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted es hospitalizado el día que finalice su membresía, por lo general su estadía estará cubierto por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aunque si es dado de alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).

---

## **SECCIÓN 5 MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
---

**Si cualquiera de las siguientes situaciones se presenta, MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) debe finalizar su membresía del plan:**

- Si no permanece inscrito de manera continua en Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, necesita llamar al Departamento de Atención al Cliente, para averiguar si el sitio al que se muda o al que viaja se encuentra dentro de nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado.
- Si usted miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- No reúne los requisitos de elegibilidad especiales, tal como se detallan en la Sección 2.1 del Capítulo 1.
  - Si ya no está diagnosticado con VIH/SIDA, ya no calificará para MetroPlus Partnership in Care Plan y su inscripción será cancelada. Si tiene alguna pregunta, contacte nuestro Departamento de Atención al Cliente.

- Si usted intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscriba en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente en una forma incorrecta y dificulte que nosotros demos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan.
  - No podemos obligarlo a que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare.
- Si usted permite que alguien más utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica.
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al Inspector general para que lo investigue.

### ¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Departamento de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la portada trasera de este folleto).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. Además, debemos explicar cómo puede hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Usted también puede consultar la Sección 9 del Capítulo 10 para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

## **Capítulo 11. Notificaciones legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Notificación sobre leyes aplicables .....</b>	<b>208</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Notificación sobre la antidiscriminación .....</b>	<b>208</b>

---

## **SECCIÓN 1      Notificación sobre leyes aplicables**

---

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y pueden aplicar algunas disposiciones adicionales debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, por sus siglas en inglés. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, pueden aplicar las leyes del estado en el que vive.

---

## **SECCIÓN 2      Notificación sobre la antidiscriminación**

---

No discriminamos con respecto a raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo, edad ni nacionalidad de una persona. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen 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 para Estadounidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que aplican para organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que aplique por cualquier otra razón.

## **Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** Una apelación es algo especial que usted realiza si está en desacuerdo con una decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pago de servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con una decisión de suspender los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debe recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluido el proceso para realizar una apelación.

**Área de servicio:** Un área geográfica donde un plan de salud aprueba miembros si limita membresía dentro de un área específica. Para planes que limitan cuales médicos u hospitales puede usar, por lo general también es el área en la cual puede recibir servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su membresía si se muda fuera del área de servicio del plan.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que son 1) proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia y 2) necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)-** Atención especializada de enfermería y servicios de rehabilitación brindada continua y diariamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de un centro de enfermería especializada incluyen, terapia física o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser administradas por una enfermera calificada o un médico.

**Autorización previa:** Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra farmacopea. Algunos servicios médicos de la red se cubren sólo si su médico u otro proveedor de la red recibe "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red recibe "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la farmacopea.

**Ayuda adicional-** Un programa de Medicare para ayudar a la gente con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro.

**Ayudante de la salud en el hogar:** El ayudante de la salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan de las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los ayudantes de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** Es el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).

**Centro de cirugía ambulatorio:** Un centro de cirugía ambulatorio en una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proveer servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y para quienes una estadía de más de 24 horas no está anticipada.

**Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés):** Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona una variedad de servicios, incluso terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje y servicios de evaluación en el hogar.

**Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):** La agencia federal que maneja el programa Medicare. El Capítulo 2 explica con comunicarse con CMS.

**Coaseguro-** Un monto que tal vez tenga que pagar como su parte de los costos por servicios o medicamentos recetados después de que paga cualquier deducible. Por lo general, un coaseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados–** La cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Al llegar a ser elegibles para Medicare, las personas con este tipo de cobertura generalmente pueden conservarla sin pagar una penalización, si después deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** Es el seguro que lo ayuda a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y ciertos suministros como paciente ambulatorio, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago-** Un monto que tal vez usted tenga que pagar como su parte del costo por un servicio médico o un suministro, como una visita al consultorio de un médico, una visita hospitalaria de paciente ambulatorio, o un medicamento recetado. Por lo general, un copago es un monto fijo, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, tal vez tenga que pagar \$10 o \$20 por una visita al consultorio de un médico o un medicamento recetado.

**Costos compartidos:** Costos compartidos se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). Costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto en calidad de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo en calidad de “copago” que un plan requiera que se pague cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto en calidad de “coaseguro.” Un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando un servicio o medicamento es recibido.

**Costos de Desembolso –** Consulte la definición de “costos compartidos” arriba. El requisito que tienen los miembros de pagar “costos compartidos” por una parte de los servicios que reciben también se conoce como requisito de costos de “desembolso”.

**Cuidado de custodia:** El cuidado de custodia es la atención que puede ser proporcionada por personas que no tengan habilidades o entrenamiento profesional, tal como ayuda con actividades diarias como vestirse, bañarse, comer, salir o entrar a una cama o silla, moverse y usar el baño.

También puede incluir el tipo de cuidado de la salud que la mayoría de las personas pueden hacer ellos mismos, como usar colirio. Medicare no paga por cuidado de custodia.

**Deducible** – Es la suma que usted debe pagar por cuidado de salud o medicamentos recetados antes de que nuestro plan empiece a pagar.

**Departamento de Atención al Cliente:** Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre como comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente.

**Determinación de cobertura:** Es una decisión sobre si un medicamento recetado a usted está cubierto por el plan y el monto, si es que lo hubiera, que usted está obligado a pagar por el servicio o el medicamento. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y el farmacéutico le indica que no está cubierta por su plan, esto no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica como pedirnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** La organización de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos y cuánto tiene que pagar usted por los servicios cubiertos.

El tipo de atención cubierta depende de si se le considera un en su estadía en el hospital o centro de enfermería especializada. Usted debe ingresar al hospital como paciente internado, no sólo bajo observación. Usted es un paciente internado en un SNF sólo si su atención en el SNF cumple con ciertos estándares del nivel especializado de atención. En específico, para ser un paciente internado en un SNF, usted debe necesitar atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, o ambas, a diario. Determinaciones de organización también se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica como pedirnos una decisión de cobertura.

**Emergencia-** Una "emergencia médica" es cuando usted o cualquier otra persona prudente, no especializada, con un conocimiento promedio de salud y medicina, considere que usted tiene síntomas médicos que requieran atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida o de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.

**Equipo médico durable:** Cierta equipo médico que lo ordena su médico para uso en el hogar. Algunos ejemplos son caminadoras, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Etapas de cobertura catastrófica** – La etapa del Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o un coaseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas, actuando a su nombre, hayan gastado \$4,700 en medicamentos cubiertos, durante el año cubierto.

**Etapas de cobertura inicial** – Es la etapa que sigue después de que haya pagado su deducible y antes de que sus gastos de medicamentos hayan llegado a \$2,930 dependiendo de su plan, incluyendo las sumas que usted haya pagado y lo que nuestro plan haya pagado a su nombre.

**Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional, u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debe hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Es un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobado, le permite obtener un medicamento que no está en la farmacopea de los patrocinadores de su plan (una excepción de la farmacopea) o recibir un medicamento no preferido al nivel de costo compartido (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le solicita que pruebe con otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción a la farmacopea).

**Facturación de balance-** Una situación en la cual un proveedor (tal como un médico u hospital) factura un paciente más del monto de costo compartido del plan para servicios. Como miembro de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), usted solamente tiene que pagar los montos de costos compartidos del plan cuando usted recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el balance”. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.6 para más información sobre facturación de balance.

**Farmacia de la red** – Una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro Plan a un nivel de costos compartidos más bajo que el que aplica en una farmacia no preferida de la red.

**Farmacia de la red:** Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia que no pertenece a la red:** Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias que no pertenecen a la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

**Indicación médicamente aceptada-** Un uso del medicamento que sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información sobre una “indicación médicamente aceptada”

**Límite a la cobertura inicial** – El límite máximo de la cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidad:** Son una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta médica o por un período de tiempo definido.

**Lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Farmacopea o "Lista de medicamentos"):** Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los

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

**Medicaid (o Asistencia Médica)** – Un programa Federal y Estatal conjunto, que ayuda a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados con sus costos médicos. Los programas de Medicaid varían entre cada estado, pero si califica para ambos, Medicare y Medicaid, cubrirán la mayoría de sus costos de atención médica. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para información sobre cómo contactar a Medicaid en su estado.

**Medicamento necesario** – Servicios, suministros, o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares de buen ejercicio médico.

**Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos se fabrican y venden por otros fabricantes de medicamentos y algunas veces no están disponibles hasta después que la patente del medicamento de marca haya expirado.

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) porque tiene el o los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual que los medicamentos de marca y son más económicos.

**Medicamentos cubiertos:** Es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que se pueden cubrir bajo la Parte D. Nosotros podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su farmacopea para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos.) Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de estar cubiertas como medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con fallas en los riñones que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Personas con Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare mediante Original Medicare o el Medicare Advantage Plan.

**Médico de cabecera (PCP):** Su médico de cabecera es el médico u otro proveedor que visita primero para la mayoría de sus problemas de salud. El o ella asegura que usted reciba la atención que necesita para mantener su salud. El o ella también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y referirlo a ellos. En mucho de los programa de Medicare, usted debe ver sus médico de cabecera antes de ver cualquier otro proveedor de atención médica. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1 para información sobre médicos de cabecera.

**Miembro (miembro de nuestro Plan o "Miembro del plan"):** es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Monto de desembolso máximo**-El monto máximo que debe pagar en desembolsos durante el año calendario para recibir servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no cuentan hacia el monto de desembolso máximo. Vea el Capítulo 4, Sección 2 para información sobre su monto de desembolso máximo.

**Nivel de costos compartidos:** Todos los medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 2 niveles de costos compartidos. En general, entre mayor sea el nivel del costo compartido, mayor será lo que deberá pagar por el medicamento.

**Organización de mejoramiento de calidad (QIO, por sus siglas en inglés):** Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se da a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre como comunicarse con la QIO en su Estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o Medicare de “honorarios por servicios”): Original Medicare lo ofrece el gobierno y no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare consta de dos partes: Parte A (Seguro de hospitalización) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

**Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".**

**Parte D:** Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

**Penalización por inscripción tardía:** Es el monto sumado a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted no cuenta con cobertura acreditable (cobertura que espera pagar, en promedio, cuando menos la misma cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, la penalización por inscripción tardía no le corresponden. Si recibe Ayuda adicional, usted no paga una penalización, aunque no tenga cobertura de medicamentos recetados “acreditable”.

**Periodo de beneficios** – Tanto para nuestro plan como para Original Medicare, se usa un periodo de beneficios para determinar la cobertura de periodos de estadía en hospitales y en centros de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el primer día que llegue como internado a un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El periodo de beneficios termina cuando no ha estado internado en ningún hospital o centro de enfermería especializada por 60 días seguidos. Si se presenta a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de servicio, comienza un nuevo periodo de servicio. No hay límite al número de periodos de servicio que puede tener

**Periodo de Cancelación anual de Medicare Advantage-** Un periodo fijo cada año cuando miembros en un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su membresía en un plan o cambiarse a Original Medicare. El Periodo de Cancelación anual de Medicare Advantage es del 1° de enero al 14 de febrero, 2011.

**Periodo de inscripción anual** – Un periodo determinado cada otoño cuando miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Periodo de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre, 2011.

**Periodo de inscripción especial-** Un periodo fijo cuando miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o regresar a Original Medicare. Situaciones en las cuales podría ser elegible para un periodo de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar para ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Periodo de inscripción inicial-** Cuando primero tiene elegibilidad para Medicare, es el periodo de tiempo cuando puede inscribirse en la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple los 65 años, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple los 65 años, incluye el mes que los cumple, y termina 3 meses después del mes en que los cumple.

**Plan de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés):** Algunas veces se denomina Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser HMO, PPO, un Plan privado de honorarios por servicios (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando este inscrito en un Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el plan, y no están pagados bajo Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto aquellas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que apliquen ciertas excepciones).

**Plan de Necesidades Especiales** – Un tipo de Medicare Advantage Plan especial que brinda atención de la salud más enfocada a grupos específicos de personas, tales como los que tienen ambos, Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que padecen ciertas enfermedades crónicas.

**Plan de organización de proveedor preferido (PPO)** – Un plan de Organización de proveedor preferido es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una suma especificada de pago. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que sean recibidos de proveedores de la red o de fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será mayor cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red.

**Plan de salud de Medicare** – Un plan de salud de Medicare esta ofrecido por una empresa privada que contrata con Medicare para proveer beneficios de la Parte A y la Parte B a personas

con Medicare que se inscriben en el plan. Este termino incluye todos los planes de Medicare Advantage, Medicare Cost, programas de demostración/piloto, y programas de cuidado comprehensivos para las personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en ingles).

**Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare):** Es el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap únicamente trabajan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap.)

**Prima-** El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de salud para cobertura de salud medicamentos recetados.

**Programa de Descuento durante la Falta de Cobertura de Medicare –** Un programa que ofrece descuentos en la mayoría de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D a miembros, afiliados en la Parte D, que hayan llegado a la etapa de Falta de Cobertura y aún no reciban “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Es por eso que la mayoría, pero no todos, los medicamentos comerciales se ofrecen con descuento.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos u otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instituciones de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionar servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les puede llamar “proveedores del plan”.

**Proveedor que no pertenece a la red o Centro que no pertenece a la red:** Un proveedor o centro con el que no hemos dispuesto coordinar o prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni son operados por nuestro plan y no están bajo contrato para proporcionarle servicios cubiertos. El uso de los proveedores o centros que no pertenecen a la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

**Queja:** Un tipo de reclamo que realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluido un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra disputas sobre la cobertura o el pago.

**Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés):** Es un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social, a las personas con ingresos y recursos limitados, que son discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o mayores. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios cubiertos:** Es el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y materiales de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de atención de urgencia:** Servicios para tratar una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no sea de emergencia y requiera atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan no esté disponible temporalmente o no se pueda acceder

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Subsidio por bajos ingresos-** Vea “Ayuda adicional”.

**Tarifa de distribución-** Una tarifa que se factura cada vez que un medicamento cubierto se distribuya para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de distribución cubre los costos como el tiempo que toma un farmacéutico para prepara y empaquetar la receta.

**Terapia de pasos:** Es una herramienta de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para el tratamiento de su afección médica, antes de que cubramos el medicamento que su médico le puede haber recetado inicialmente.

## Departamento de Atención al Cliente de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)

<b>LLAME</b>	<i>1-866-986-0356</i>  El horario es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y las llamadas a este número son gratuitas
<b>TTY</b>	<i>1-800-881-2812</i>  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.  Las llamadas a estos números son gratuitas. El horario es de <i>lunes a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.</i>
<b>FAX</b>	1-212-908-8825
<b>ESCRIBE</b>	MetroPlus Health Plan, 160 Water Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10038. Attention: Medicare Department.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.metroplusmedicare.org">www.metroplusmedicare.org</a> .

## Programa de Asistencia, Asesoramiento e Información de Seguros de Salud de Nueva York (HIICAP) (SHIP en Nueva York)

HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para brindar de forma gratuita asesoría local sobre seguros médicos a personas con Medicare.

<b>Programa de Asistencia, Asesoramiento e Información de Seguros de Salud de Nueva York (HIICAP)</b>	
<b>LLAME</b>	1-800-701-0501
<b>ESCRIBE</b>	Department for the Aging, 2 Lafayette Street, 16 <sup>th</sup> Floor, New York, NY 10007-1392
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/index.cfm">http://www.aging.ny.gov/index.cfm</a>