

Evidencia de Cobertura Hamaspik Medicare Choice 2022



H0034_HMCEOC2022_C

HAMASPIK, INC.

1 de enero – 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare y Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro de Hamaspik Medicare Choice (HMO D-SNP)

Este manual le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos recetados, cobertura a largo plazo y de atención médica en virtud de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante.**

Manténgalo en una ubicación segura.

El presente plan, Hamaspik Medicare Choice, es ofrecido por Hamaspik, Inc. (Cuando la Evidencia de Cobertura sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando indica “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Choice).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Este EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.

Llame a nuestro número de Servicios de Miembros marcando el 1-888-426-2774 o para obtener más información. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde abril de 2022 a septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

La información también está disponible en formatos alternativos como imprenta grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números mencionados para obtener más información. Los beneficios, primas, deducible, o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

Hamaspik Medicare Choice es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un plan Medicaid Advantage Plus (MAP) con un contrato de Medicaid. La inscripción en Hamaspik Medicare Choice depende de la renovación del contrato.

Los beneficios, deducible, o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

Hamaspik Medicare Choice es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un plan Medicaid Advantage Plus (MAP) con un contrato de Medicaid. La inscripción en Hamaspik Medicare Choice depende de la renovación del contrato.

Evidencia de Cobertura

Tabla de Contenidos

La lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda en la búsqueda de información que usted necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica qué significa formar parte del plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Explica acerca de los materiales que le enviaremos, su prima de plan, su tarjeta de membresía del plan y la actualización de los registros de su membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 19

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura 40

Explica los aspectos importantes que usted necesita conocer acerca de su atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se abarca la utilización de proveedores dentro de la red del plan y cómo obtener atención **cuando tiene una emergencia**.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué usted paga)..... 58

Ofrece información acerca de qué tipos de atención médica tienen cobertura y *cuáles no* para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto deberá pagar en su reparto de costos para su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 107

Explica las reglas que usted debe seguir al obtener sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de Medicamentos Recetados (Formulario)* para averiguar qué medicamentos tienen cobertura. Explica qué tipos de medicamentos *no tienen cobertura*. Aborda los diferentes tipos de restricciones que

se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica en dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para conocer la seguridad de medicamentos y la gestión de las medicinas.

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

Explica sobre las 3 etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas etapas inciden sobre lo que usted paga por sus medicamentos. Explica el nivel uno de reparto de costos para sus medicamentos de la Parte D e indica qué debe pagar usted por un medicamento en cada nivel de reparto de costos.

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura 146

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desee solicitarnos un reembolso por nuestro reparto de costos para sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 153

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si cree que sus derechos no se respetan.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Le indica qué debe hacer paso a paso si tiene problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

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

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan 221

Explica cuándo y cómo puede dar término a su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan se ve obligado a finalizar su membresía.

Capítulo 11. Anuncios legales	232
Incluye notificaciones acerca de la ley gubernamental y acerca de la no discriminación.	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	235
Explica los términos clave utilizados en este manual.	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes.....	235

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en Hamaspik Medicare Choice (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)	5
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	Sus requerimientos de elegibilidad.....	7
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	8
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Hamaspik Medicare Choice	9
Sección 2.5	Ciudadanos con residencia legal en Estados Unidos.....	10
SECCIÓN 3	¿Qué otro tipo de materiales recibirá de nosotros?	10
Sección 3.1	Utilice su tarjeta de membresía del plan para obtener toda la atención y medicamentos recetados con cobertura.....	10
Sección 3.2	El Directorio de Proveedores y Farmacias: Su guía a todos los proveedores en la red del plan	11
Sección 3.3	La <i>Lista de Medicamentos Recetados</i> del plan (<i>Formulario</i>)	13
Sección 3.4	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos efectuados por usted para sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Hamaspik Medicare Choice.....	14
Sección 4.1	¿A cuánto asciende su prima del plan?	14
Sección 4.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....	15
SECCIÓN 5	Mantenga su registro de membresía del plan actualizado	15
Sección 5.1	Cómo ayudar a verificar que tengamos información correcta sobre usted ...	15
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal. 16	
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	16
SECCIÓN 7	De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan	17
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	17

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Hamaspik Medicare Choice (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid:

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

Usted ha optado por recibir sus servicios de atención a largo plazo para salud de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Hamaspik Medicare Choice.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Hamaspik Medicare Choice es un Plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de Necesidades Especiales”), lo que significa que sus beneficios se diseñaron para personas con necesidades de atención médica especializada. Hamaspik Medicare Choice se diseñó específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Término Legal: Plan de Necesidades Especiales

Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica focalizada para grupos de personas específicas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que habitan en una residencia de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Hamaspik Medicare Choice también tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de New York para cubrir varios de sus beneficios de Medicaid. Cuando se inscribe en Hamaspik Medicare Choice, estos servicios están cubiertos a través de un único plan de atención administrada. La cobertura de Medicaid en su plan de salud incluye:

- Cobertura para su reparto de costos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro). En Hamaspik Medicare Choice, es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid; y
- Obtener cobertura para una amplia gama de servicios que incluyen servicios de atención a largo plazo de Medicaid, atención dental, atención de la audición, atención de la vista y más. Puede encontrar información detallada sobre los servicios de Medicaid que están incluidos en sus beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

También hay algunos servicios de Medicaid que están fuera de Hamaspik Medicare Choice. Su administrador de atención de Hamaspik Medicare Choice también lo ayudará a coordinar estos servicios, para que pueda obtener todos los servicios de atención médica a los que también tiene derecho.

Tenga en cuenta que también recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por los costos de sus medicamentos recetados de Medicare.

Término Legal: Deducible

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

Hamaspik Medicare Choice está dirigido por una organización privada. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para proporcionar varios de sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*?

Este manual de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica de Medicare y Medicaid y medicamentos recetados cubiertos a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que tiene cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Hamaspik Medicare Choice.

Es importante para usted aprender cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. El recomendamos reservar algo de tiempo para revisar este manual de *Evidencia de Cobertura*.

Si se confunde o le preocupa algo o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestros Servicios de Miembros del plan (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Hamaspik Medicare Choice cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, y cualquier anuncio que usted reciba de

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

nosotros respecto a cambios para su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos anuncios en ocasiones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato permanece vigente por los meses en los cuales usted se inscribe en Hamaspik Medicare Choice entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que cambiamos los costos y beneficios de Hamaspik Medicare Choice después del 31 de diciembre de 2022. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe dar su aprobación a Hamaspik Medicare Choice cada año. Usted puede continuar con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando determinemos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

<h3>Sección 2.1 Sus requerimientos de elegibilidad</h3>

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

- Tenga la Parte A de Medicare y Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le indica acerca de la Parte A y Parte B de Medicare)
- -- y -- Usted vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4 más adelante describe nuestra área de servicio).
- -- y -- usted sea un ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en territorio estadounidense
- -- y -- Usted cumpla con los requerimientos de elegibilidad especial descritos a continuación.

Requerimientos de elegibilidad especial para nuestro plan

Nuestro plan se diseñó para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para los Beneficios Completos de Medicare y Medicaid.

Además, para unirse a Hamaspik Medicare Choice, debe:

- Personas de 18 años o mayores

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Tener una enfermedad crónica o discapacidad que le confiera elegibilidad para servicios que habitualmente se entregan en una residencia de ancianos; -- y --
- Ser elegible para los servicios de atención a largo plazo, según la evaluación de elegibilidad del estado de New York que completa el plan o una entidad designada por el Estado; -- y --
- Ser capaz, en el momento de la inscripción, de permanecer en su domicilio y comunidad sin poner en riesgo su salud e integridad, o de regresar a su hogar (en caso de que actualmente esté en un hospital o instalación de enfermería especializada); -- y --
- Solicitar gestión de atención y tener previsto necesitar al menos uno de los siguientes servicios de Atención a Largo Plazo en la Comunidad por más de 120 días:
 - Servicios de enfermería en el hogar;
 - Terapias en el hogar;
 - Asistencia de salud en el hogar o servicio de cuidado personal en casa;
 - Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)
 - Atención sanitaria de día para adultos; o
 - Enfermería privada

Se aplican condiciones adicionales. Para obtener más información acerca de la inscripción consulte el Capítulo 13. Tenga en cuenta que existen ciertos programas de Medicaid que excluirían la elegibilidad en caso de que usted participe de estos. Para más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero tiene previsto razonablemente recuperar la elegibilidad dentro de tres meses, entonces usted aún se considera elegible para membresía en nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1

2.1 le indica acerca de la cobertura y el reparto de costos durante un período de elegibilidad considerada como continua).

Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y Parte B de Medicare?
--------------------	---

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir servicios proporcionados por hospitales (para servicios intrahospitalarios, instalaciones de enfermería especializada o agencias de cuidado en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos (DME) y suministros).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos de atención médica y a largo plazo para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también deciden cómo dirigir sus programas siempre que sigan las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B, y otros repartos de costos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Específico (SLMB):** Ayuda a pagar primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar primas de la Parte B
- **Personas Funcionales y Discapacitadas Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar primas de la Parte A

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Hamaspik Medicare

Aunque Medicare es un programa federal, Hamaspik Medicare Choice está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye tres condados en el Estado de New York:

- Bronx
- Dutchess
- Kings (Brooklyn)
- Nassau
- New York (Manhattan)
- Orange
- Putnam
- Queens
- Richmond (Staten Island)
- Rockland
- Sullivan
- Ulster
- Westchester

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Término Legal: Área de servicio

Una zona geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si se limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de

Si planea trasladarse a un nuevo estado, debe contactar al despacho médico de su estado y preguntar cómo este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono para Medicaid aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este manual.

Si planea trasladarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios de Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). Cuando se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadanos con residencia legal en Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Hamaspik Medicare Choice si no es elegible para seguir siendo miembro en base a lo mencionado. Hamaspik Medicare Choice debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Término Legal: Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

SECCIÓN 3 ¿Qué otro tipo de materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilízela para obtener toda la atención y medicamentos recetados con cobertura

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí se muestra la tarjeta de membresía para enseñarle cómo debe lucir su tarjeta:

(Frente)



Member ID:
Member:
Effective Date:
PCP Name:
PCP Phone:

Group Number: H0034-002
Payer ID: 47738

Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP)
Administered by Hamaspik, Inc.

Rx Bin: 018927
Rx Grp: H0034002
Rx PCN: 08080000

MedicareRx
Cobertura Para Recetas Médicas

(Reverso)

In an emergency, go to the nearest emergency room or call 911.
This card does not guarantee coverage. For coordination of care, call your PCP.
To verify benefits or to find a provider, visit the website www.hamaspik.com.

For Members: Call 1-888-HAMASPIK or 1-888-426-2774
TTY users, call 711

For Providers: Medical Claims:
Visit: www.hamaspik.com or call 1-888-426-2774
Pharmacist Help Desk and Claims: 1-800-933-3175

Hamaspik, Inc.
Attn: Claims Department
58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952
Call 1-888-HAMASPIK
or 1-888-426-2774
TTY users, call 711



Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Hamaspik Medicare Choice, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría solicitar que la muestre si usted necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación rutinaria.

A continuación, se indica por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

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

Sección 3.2	El Directorio de Proveedores y Farmacias: Su guía a todos los proveedores en la red del plan
--------------------	---

El Directorio de Proveedores y Farmacias enumera nuestros proveedores de red y suministros de equipo médico duradero. También incluye los proveedores de la red de servicios de Medicaid que se incluyen en Hamaspik Medicare Choice. Contacte a Servicios de Miembros si tiene alguna pregunta acerca de los proveedores que acepten Medicaid en el Estado de New York.

¿Cuáles son los “proveedores de red”?

Los **proveedores de red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, agencias de cuidado a domicilio, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier reparto de costos de plan como pago por completo. Hemos dispuesto que estos proveedores entreguen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. [Insertar según corresponda:] Se ha incluido una copia de nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias en el sobre junto a este manual. También está disponible en nuestro sitio web la lista de proveedores más reciente en www.hamaspik.com.

¿Cuáles son las “farmacias de la red”?

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

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

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Término Legal: Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red

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

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

Si no tiene su copia del Directorio de Proveedores y Farmacias, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede solicitar a Servicios para Miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.hamaspik.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden ofrecerle la información acerca de los cambios en nuestros proveedores de red.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar la farmacia de red que necesita. Estos son los cambios de nuestra red de farmacias para el próximo año. Se ha incluido una copia de nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias en el sobre junto a este manual. Puede encontrar en nuestro sitio web un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en www.hamaspik.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores*. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede obtener una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener la información actualizada respecto a los cambios en la red de farmacia.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Recetados del plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Recetados (Formulario)*. Se abrevia la “Lista de Medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D incluido en Hamaspik Medicare Choice. Además de las drogas cubiertas por la Parte D, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos tienen cobertura según Medicaid.

Los medicamentos que figuran en esta lista tienen cobertura por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requerimientos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Hamaspik Medicare Choice.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura para sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le ofrecemos incluye información para los medicamentos cubiertos de uso más común entre nuestros miembros. Sin embargo, ofrecemos cobertura para medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si tiene cobertura. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.hamaspik.com) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Término Legal: Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditables

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

Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”) Informes con un resumen de pagos efectuados por usted para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y mantener un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica el monto total que usted, otras personas en su nombre, y que nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se utilice el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con la persona que receta respecto a estas opciones de bajo costo. El Capítulo 5 le ofrece más información acerca de la *Explicación de Beneficios* y cómo esta puede ayudarle a mantener un registro de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios de Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende su prima del plan?

Usted no paga una prima mensual de plan separada para Hamaspik Medicare Choice. Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero se encargue de pagar su Prima de la Parte B).

Término Legal: Ayuda Adicional

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

- Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional añadido a su prima. Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta indicándole cuál será su monto adicional. Si experimentó un evento de cambio de vida que le ocasionó una disminución en sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión
- **Si usted debe pagar el monto adicional y no lo ha concretado, se cancelará su inscripción del plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2022* brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2022”. Todo aquel que tenga Medicare recibe una copia del manual *Medicare y Usted 2022* cada año en otoño. Quienes sean nuevos en Medicare la reciben dentro de un mes luego de la primera inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No, no tenemos permitido comenzar a cobrar una prima de plan mensual durante el año. Si la

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

prima mensual del plan cambia para el próximo año, le indicaremos en septiembre y el cambio se hará efectivo el 1 de enero.

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

- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede averiguar más acerca del programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía del plan actualizado

<h3>Sección 5.1</h3>	<h3>Cómo ayudar a verificar que tengamos información correcta sobre usted</h3>
----------------------	--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluida información sobre su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de red utilizan su registro de membresía para conocer los servicios y los medicamentos que tienen cobertura y los montos de reparto de costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección, o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización laboral o Medicaid)
- Si tiene demandas de responsabilidad, tales como demandas a raíz de un accidente automotriz
- Si se le ha admitido en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de la red o fuera del área
- Si su persona responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa de un estudio de investigación clínica

Si algo de esta información cambia, indique la situación llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se traslada o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Leer la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos de la que sepamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga algo. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 **Protegemos la privacidad de su información de salud personal**

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida
--

Las leyes estatales y federales resguardan la privacidad de sus registros médicos a información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo estipulan estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este manual.

SECCIÓN 7 **De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan**

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si existen costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura.

Estas normativas se aplican para la cobertura de empleador o de plan de salud grupal sindical:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios de pulmón negro
- Indemnización laboral

Medicaid y TRICARE jamás pagan primero por servicios cubiertos de Medicare. Solo pagan después de que Medicare y/o los planes de salud grupal del empleador hayan pagado.

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

Término Legal: Servicios Cubiertos por Medicare:

Estos son servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Hamaspik Medicare Choice (cómo contactarnos, incluido cómo contactar con Servicios para Miembros en el plan) 20
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 28
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 29
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de atención para personas con Medicare) 30
SECCIÓN 5	Seguro Social 31
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)..... 32
SECCIÓN 7	Información acerca de los programas para ayudar a que las personas paguen por sus medicamentos recetados 35
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 37
SECCIÓN 9	¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?..... 38

SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Choice
(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactar
con Servicios para Miembros en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice. Estaremos complacidos de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Los Servicios de Miembros también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.</p>
TTY	<p>711 (Relé New York)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>866-272-4092</p>
ESCRIBIR	<p>Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com.</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

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

Método	Decisiones de Cobertura para Atención Médica – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888 426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El Servicio para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>866-272-4092</p>
ESCRIBIR	<p>Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com.</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica

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

Método	Apelaciones para Atención Médica – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, este número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice aceptará solicitudes de apelación estándar y aceleradas por teléfono. El plan también aceptará solicitudes de pago por escrito.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>866-272-4092</p>
ESCRIBIR	<p>Hamaspik Medicare Choice Attn: Grievance and Appeals 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Email: quality@hamaspik.com</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza un reclamo con respecto a su atención médica

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

Método	Reclamos sobre Atención Médica – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, este número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	866-272-4092
ESCRIBIR	Hamaspik Medicare Choice Attn: Grievance and Appeals 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 Email: quality@hamaspik.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, el número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	866-272-4092
ESCRIBIR	Hamaspik, Inc. Medicaid Advantage Plus P.O. Box 1167 Maryland Heights, MO 63043 Email: quality@hamaspik.com
SITIO WEB	www.hamaspik.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones para Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, el número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice aceptará solicitudes de apelación estándar y aceleradas por teléfono. El plan también aceptará solicitudes de pago por escrito.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>866-272-4092</p>
ESCRIBIR	<p>Hamaspik, Inc. Medicaid Advantage Plus P.O. Box 1167 Maryland Heights, MO 63043 Email: quality@hamaspik.com</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza un reclamo con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Reclamos acerca de los Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAMAR	1-888-426-2774. Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, el número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Hamaspik Medicare Choice aceptará reclamos estándar y acelerados por teléfono.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	866-272-4092
ESCRIBIR	Hamaspik Medicare Choice Attn: Grievance and Appeals 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952 Email: quality@hamaspik.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que sea posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el

Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Método	Solicitud de Pago – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, el número de teléfono estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice aceptará solicitudes de pago por escrito y podría elegir aceptar también solicitudes de pago por teléfono.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>
FAX	<p>866-272-4092</p>
ESCRIBIR	<p>Envíe las solicitudes de pago de la Parte C de Hamaspik a:</p> <p>Medicare Choice Attn: Claims Department 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Email: quality@hamaspik.com</p> <p>Envíe las solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D a:</p> <p>Hamaspik, Inc. Medicaid Advantage Plus P.O. Box 1167, Maryland Heights, MO 63043</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria e instalaciones de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su ordenador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información de estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de Plan de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una estimación de lo que podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare – Información de Contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para indicarle a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Hamaspik Medicare Choice.</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar a Medicare sobre su reclamo: Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma su reclamo en serie y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si usted no tiene un ordenador, su biblioteca local o centro para mayores podría tener la capacidad de ayudarlo a visitar este sitio web por medio de su ordenador. O, puede llamar a Medicare e informarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa de gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de New York, SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (HIICAP).

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (HIICAP) es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (HIICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a realizar reclamos acerca de su atención médica o tratamiento y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HIICAP también pueden ayudarlo a comprender sus alternativas del plan Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO A ENVÍO y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Formularios, Ayuda y Recursos**” en el menú alejado de la derecha en la parte superior
- En el menú desplegable haga clic en “**Números Telefónicos y Sitios Web**”
- Usted dispone de varias opciones
 - Opción n° 1: Puede tener una **conversación en vivo**
 - Opción n° 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú en la parte inferior
 - Opción n° 3: Puede seleccionar su **ESTADO** desde el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo redireccionará a una página con números de teléfono y

Método	Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de New York (HIICAP) – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-701-0501 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBIR	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

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

Existe una Organización de Mejora de la Calidad para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el Estado de New York, la Organización de Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la atención sanitaria que reciben remuneración del gobierno federal. Esta organización recibe pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Usted debe contactar a Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo acerca de la calidad de atención que recibió.
- Cree que la cobertura para su estancia hospitalaria acabará pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejora de la Calidad del Estado de New York) – Información de Contacto
LLAMAR	1-866-815-5440 De lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm. Está disponible el servicio de correo de voz de 24 horas. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBIR	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://livantaqio.com/en/beneficiary/quality_of_care

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para postular a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Previsión social – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6

Medicaid

(un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que obtiene de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de New York. Llame a 1-800-541-2831 para obtener información. El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Cada estado debe desarrollar su propio plan estatal de Medicaid, que está aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. El plan del Estado de Nueva York incluye información específica sobre la administración, los requisitos de elegibilidad y los beneficios cubiertos por Medicaid.

El plan del estado cubre las visitas al médico, los costos hospitalarios, los servicios de atención a largo plazo en un hogar de ancianos y en su hogar o comunidad, la atención de salud del comportamiento, atención dental, atención para la vista, atención de audición y muchos otros servicios. El plan de Medicaid del Estado de Nueva York es administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, lo que se denomina en ocasiones como “doble elegibilidad” para los servicios. Mientras continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de Medicare y los requisitos de Medicaid del Estado de Nueva York,

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

continuará calificando como doble elegible. Medicaid cubre beneficios que no son ofrecidos por Medicare.

Un objetivo importante de Hamaspik Medicare Choice es brindar una mejor coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Muchos de sus beneficios de Medicaid se brindan a través de este plan de salud, Hamaspik Medicare Choice. La información en el Capítulo 4 de este folleto de Evidencia de Cobertura le informa sobre sus servicios de Medicare y Medicaid que se incluyen en su plan de salud. Consulte también su Manual para Miembros de Medicaid, que se incluye como el Capítulo 13 de este folleto, para obtener más información sobre sus servicios de Medicaid.

Nuestro personal puede ayudarle a comprender los servicios de atención médica que usted recibe a través de Hamaspik Medicare Choice, así como los servicios que se entregan mediante Medicaid. Podemos ayudar a garantizar que reciba toda la atención que necesita.

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York - (programa Medicaid del Estado de New York) – Información de Contacto
LLAMAR	Llame a 1-800-541-2831 El horario es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 (Relé New York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New York State Department of Health Office of the Commissioner Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid

La Oficina de Ancianos del Estado de New York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicios o facturación. Pueden ayudar a presentar un reclamo o una apelación a nuestro plan.

Método	Oficina de Ancianos del Estado de New York – Información de Contacto
LLAMAR	1-800-342-9871
TTY	711 (Relé New York) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New York State Office for the Aging Agency Building #2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

La Oficina para el Envejecimiento del Estado de Nueva York también tiene un Programa de Defensor del Pueblo, que ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y resolver problemas entre las residencias de ancianos y los residentes o sus familias. Puede comunicarse con el Programa del Defensor del Pueblo en el número de teléfono, la dirección y el sitio web que se enumeran anteriormente.

MLTC/MAP Participant Ombudsman

Participant Ombudsman, que se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MAP como Hamaspik Medicare Choice. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el programa.

Contacte a ICAN para aprender más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800
- Usuarios TTY deben llamar al: 711
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas para ayudar a que las personas paguen por sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Entre los recursos se incluyen ahorros y acciones, pero no su hogar o auto. Quienes califican obtienen ayuda de pago con cualquier prima mensual del plan de medicamentos, deducible anual y copagos de receta de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se considera hacia sus gastos fuera del bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para “Ayuda Adicional” y no es necesario que postulen. Medicare envía cartas a personas que califican automáticamente para “Ayuda Adicional”.

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (postulaciones), 24 horas del día, 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (postulaciones) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto de reparto de costos incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos dicha evidencia.

Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto al obtener su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podríamos efectuar los pagos directamente al estado. Comuníquese con Servicios de Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda Adicional”), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga 5% de los costos de medicamentos de marca en el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para una asistencia de reparto de costos para recetas del programa ADAP del Estado de New York.

El programa ADAP del estado de Nueva York tiene como objetivo brindar acceso a servicios médicos y medicamentos contra el VIH para todos los residentes del estado de Nueva York con VIH o aquellas personas que están en riesgo de padecer una infección por VIH. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437, o puede enviar un correo electrónico a: adap@health.state.ny.us

¿Qué ocurre si obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de los miembros obtienen “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si obtiene la “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento para el Período Sin Cobertura de Medicare no se aplica para usted. Si obtiene la “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

¿Qué ocurre si no consigue un descuento y piensa que debe tener uno?

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

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el Estado de New York, el Programa de Asistencia Farmacéutico del Estado corresponde a la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (EPIC). Información de Contacto para EPIC debajo:

Método	Cobertura de Seguro Farmacéutico de Adultos Mayores (EPIC) (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York)
LLAMAR	1-800 332-3742 EPIC opera una línea de ayuda gratuita que está disponible de 8:30 am a 5:00 pm, de lunes a viernes.
TTY	711 (Servicio de Relé New York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Email: epic@health.state.ny.us
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familiares. Si tiene preguntas respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles de alguna mudanza o cambio de dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de RRB e información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al empleador/administrador de beneficios del sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios o primas de salud de su empleador o jubilado (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

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

CAPÍTULO 3

Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura	
SECCIÓN 1	Aspectos importantes a saber acerca de su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan..... 42
Sección 1.1	¿Cuáles son los “proveedores de red” y “servicios cubiertos”? 42
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan 42
SECCIÓN 2	Uso de proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios 44
Sección 2.1	Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención..... 44
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede usted obtener sin conseguir aprobación por anticipado de su PCP? 46
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de red 47
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 48
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos al momento de una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre 48
Sección 3.1	Obtener atención si tiene una emergencia médica 48
Sección 3.2	Obtener atención al momento de tener una necesidad urgente de servicios . 50
Sección 3.3	Obtener atención durante un desastre..... 51
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?..... 51
Sección 4.1	Puede solicitarnos pagar nuestra parte de los costos por servicios cubiertos 51
Sección 4.2	¿Qué debería hacer si nuestro plan no cubre los servicios? 51
SECCIÓN 5	¿De qué manera tienen cobertura los servicios médicos cuando usted es parte de un “estudio de investigación clínica”? 52
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?..... 52?
Sección 5.2	Cuándo participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?. 53
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de atención de salud religiosa no médica” 54
Sección 6.1	¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica? 54
Sección 6.2	Recibir Atención de una Institución de Atención de Salud Religiosa No Médica? 54

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	55
Sección 7.1	¿Tendrá usted la propiedad del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?.....	55
SECCIÓN 8	Reglas para el Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento	56
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	56
Sección 8.2	¿Cuál es su reparto de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?.....	56
Sección 8.3	¿Qué ocurre si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	56

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

SECCIÓN 1 Aspectos importantes a saber acerca de su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, utilice el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

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

A continuación, se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de red”** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de reparto de costos como pago completo. Hemos dispuesto que estos proveedores entreguen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan de forma directa por la atención que le entregan. Cuando usted consulta un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que tiene cobertura por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, Hamaspik Medicare Choice debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y también ofrecemos otros servicios (tales como sus servicios de atención a largo plazo cubierta por Medicaid) además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener una lista de los beneficios cubiertos.

Hamaspik Medicare Choice habitualmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluya en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- **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 cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red coordinará los servicios que reciba de otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria.
 - No se requieren remisiones de su PCP para recibir servicios y no se necesita autorización para atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede obtener sin aprobación previa (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

Término Legal: Atención de emergencia

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

Término Legal: Servicios Necesarios de Urgencia

Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de nuestra red del plan) no tiene cobertura.

Estas son tres excepciones:

- El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y saber qué significa emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos tales servicios, tal como si obtuviera la atención de un proveedor de red O sin costo para usted. Para obtener información

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

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

Término Legal: Autorización Previa

La Autorización Previa es una aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que podrían o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención

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

- **¿Qué es un PCP?**

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. A Médico de Cabecera (PCP) es su médico principal. Su PCP es la persona que lo ayudará con cualquier cosa, desde un resfriado, su examen físico anual o las pruebas preventivas de rutina que pueda necesitar. Su PCP coordinará muchos de los servicios que reciba como miembro de Hamaspik Medicare Choice. Si tiene problemas médicos complicados, su PCP trabajará con los especialistas que necesita y se asegurará de que no estén duplicando pruebas o procedimientos que hayan sido realizados por otros especialistas.

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

- **¿Qué tipos de proveedores podrían actuar como un PCP?**

Su PCP por lo general sería un especialista en medicina interna o médico de familia. Si usted es una mujer, también puede seleccionar a su ginecólogo para que sea su PCP.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- **Explicación de la función de un PCP en su plan.**

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a coordinar muchos de los servicios cubiertos que recibe como miembro de Hamaspik Choice. Es posible que le recomiende que consulte a especialistas o que se someta a determinadas pruebas relacionadas con sus necesidades de atención médica. Si está hospitalizado, su PCP controlará su afección, aunque diferentes médicos probablemente se encargarán de cuidarle mientras está en el hospital. Y también trabajará con usted cuando le den el alta para asegurarse de que reciba la atención y los servicios de seguimiento que necesita.

- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de servicios cubiertos?**

Su PCP le ayudará a coordinar varios de los servicios adicionales que pueda requerir, como consultas con especialistas, pruebas de laboratorio y diagnósticos. Coordinar servicios también implica que su PCP realizará un seguimiento con otros planes.

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

Ciertos servicios o suministros pueden requerir autorización previa (aprobación previa) de Hamaspik Medicare Choice. (Hay más información detallada sobre los servicios que requieran autorización en el Capítulo 4 de este folleto.) Su médico puede ayudarlo a solicitar autorización previa llamando a nuestro Departamento de Administración Médica al 1-833-426-2774.

¿Cómo elige a su PCP?

Tras realizar la inscripción en Hamaspik Medicare Choice, debe seleccionar un PCP. Para ver una lista de los PCP disponibles, consulte nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com. Una vez que haya revisado la lista de proveedores en su área, llame a Servicios para Miembros, si no les indica el nombre de su PCP la primera vez que se inscribe en el plan. El número de teléfono de Servicios para Miembros se encuentra impreso en la contraportada de este manual. La información sobre su PCP se incluye en su tarjeta de identificación.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Si necesita cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros y verificaremos para asegurarnos de que el médico esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP. Los cambios en su PCP entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud. Servicios para Miembros también enviará una nueva tarjeta de identificación de membresía con el nombre de su nuevo PCP.

Es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. El nuevo PCP debe ser un proveedor que participe en la red de proveedores de Hamaspik Medicare Choice. Si el PCP no está en la red de proveedores, se considera que el PCP está fuera de la red y el miembro será responsable de los cargos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Hamaspik Medicare Choice también le informará cuando su PCP abandone la red y lo ayudará a elegir otro PCP para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos.

Si está en tratamiento por una enfermedad o lesión específica cuando se inscribe en Hamaspik Medicare Choice, o cuando su proveedor abandona la red del plan, hable con Servicios para Miembros sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios del médico que está fuera de la red de Hamaspik Medicare Choice hasta que complete su tratamiento actual.

Tenga en cuenta que su selección de un PCP no lo limita a un grupo específico de especialistas u hospitales. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participe en nuestra red para obtener servicios.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede usted obtener sin obtener autorización previa anticipada de su PCP?
--------------------	--

No necesita la aprobación de su PCP para recibir otros servicios cubiertos que necesite. Sin embargo, ciertos servicios cubiertos requieren autorización previa de Hamaspik Medicare Choice. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información). Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin autorización previa anticipada.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
 - (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- Visitas a un especialista médico.
- Todos los servicios por abuso sustancias y salud mental ambulatorios.
- Servicios de acupuntura.
- Exámenes oculares de rutina y anteojos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

- Atención dental de rutina. (Tenga en cuenta que algunos tipos de procedimientos dentales requieren una autorización previa).
- La mayoría de las pruebas de laboratorio. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información).
- Todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Estos servicios están marcados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 y aparecen marcados con una manzana. 

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

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

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer
- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas
- Atención de ortopedistas para pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP (si hubiera) en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, no necesita una remisión de su PCP para consultar a un médico o especialista de la red. Sin embargo, su PCP a menudo es la persona ideal para aconsejarle cuando necesite uno de estos servicios. Su PCP puede darle su recomendación y asesorarle como parte de su coordinación de atención médica.

¿Cuál es el proceso para obtener la autorización previa?

Hamaspik Medicare Choice tomará decisiones con respecto a las autorizaciones previas para ciertos servicios. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en la última página de este manual. También puede pedirle a su médico que solicite una autorización en su nombre. Independientemente de quién realice la solicitud, a menudo nos comunicaremos con su médico para obtener información sobre los servicios que necesita para tomar una decisión.

Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa. Estos servicios están marcados con un asterisco “*” en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

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

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

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

Generalmente, debe obtener su tratamiento de proveedores de la red. Los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando
- Necesita un servicio que no está disponible a través de uno de los proveedores de nuestra red. En esta situación, no es obligación que obtenga una autorización antes de recibir sus servicios.

Si obtiene la rutina de un proveedor fuera de la red sin la aprobación previa de Hamaspik Medicare Choice, usted será responsable de los costos.

SECCIÓN 3

Cómo obtener servicios cubiertos al momento de una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura**Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica****¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener una aprobación o una referencia primero de Hamaspik Medicare Choice.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya recibido noticias sobre su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, el personal de servicios de miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. El número de teléfono de Servicios para Miembros también se encuentra en la contraportada de su tarjeta de identificación.

Término Legal: Atención de emergencia

Una emergencia médica es una lesión repentina o una enfermedad grave que, si no se trata de inmediato, podría causarle la muerte o daños graves. Si está embarazada podría implicar daño a usted o para su bebé nonato. Los servicios de emergencia cubiertos:

- (1) se prestan por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y
- (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

¿Qué tiene cobertura si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

También tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención médica de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., usted deberá pagar por ellos y luego solicitar reembolso de Hamaspik Medicare Choice. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

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

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

En ocasiones puede ser difícil distinguir si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención. Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos formas:

- Consulta a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- o –
- La atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios 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).

Sección 3.2	Obtener atención al momento de tener una necesidad urgente de servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Los “servicios necesarios de urgencia” se proporcionan para enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, un brote inesperado de una condición conocida que usted tiene.

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

Siempre debe intentar obtener los servicios necesarios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia disponibles en nuestra red o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. El número de teléfono se encuentra en la contraportada de este folleto.

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

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. También tiene cobertura por hasta \$50,000 al año en atención de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., usted deberá pagar por ellos y luego solicitar reembolso de Hamaspik Medicare Choice. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.hamaspik.com para obtener información acerca de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de sus proveedores cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos pagar nuestra parte de los costos por servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura**Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si nuestro plan no cubre los servicios?**

Hamaspik Médicamente cubre todos los servicios médicos con cobertura que se consideren médicamente necesarios, cuando se obtienen en base a las reglas del plan. Estos servicios se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual). Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, a causa de que no son servicios cubiertos por el plan, o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados. Nuestro plan también cubre muchos de sus servicios cubiertos por Medicaid, además de sus servicios de Medicare. Contacte a Servicios para Miembros para ver si el servicio que necesita tiene cobertura de Medicaid.

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

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar a una decisión que ya se haya tomado. También puede llamar a Servicios de Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios, los costos adicionales no contarán para su desembolso máximo.

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

SECCIÓN 5 ¿De qué manera tienen cobertura los servicios médicos cuando usted es parte de un “estudio de investigación clínica”?**Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Una vez que Medicare aprueba el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y tenga una comprensión y aceptación completa de lo que implica su participación en el estudio.

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

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

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre su el plan pagará.

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

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

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

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará el resto por su parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el reparto de costo:

Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos que su reparto de costos por esta prueba cuesta \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

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

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

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y Estudios de Investigación Clínica”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)

También puede llamar 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.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de atención de salud religiosa no médica”.

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

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

entrega solo para servicios intrahospitalarios de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de atención de la salud no médicas.

Sección 6.2 Recibir Atención de una Institución de Atención de Salud Religiosa No Médica

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

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no necesario* por cualquier legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exento” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *se requiere* en virtud de la legislación federal, estatal o local.

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

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Tendrá usted la propiedad del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre tiene propiedad sobre ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, se discutirán otros tipos de DME que usted puede alquilar.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Término Legal: Equipo Médico Duradero

El equipo médico duradero es un determinado equipo médico que ordena su doctor por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Hamaspik Medicare Choice, por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo.

Los pagos que usted realizó cuando era parte de nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para el Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Hamaspik Medicare Choice cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

Si abandona Hamaspik Medicare Choice o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios con cobertura

Sección 8.2 ¿Cuál es su reparto de costos? ¿Cambiará después de 36

Su reparto de costo por la cobertura de equipo médico de oxígeno es \$0. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Hamaspik Medicare Choice.

Si antes de inscribirse en Hamaspik Medicare Choice había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Hamaspik Medicare Choice es de \$0.

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

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler de un equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Hamaspik Medicare Choice y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Hamaspik Medicare Choice y luego regresa a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos	59
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos	59
Sección 1.2	¿Cuánto es el máximo que usted paga por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?	59
Sección 1.3	Nuestro plan no permite la “facturación de saldo” por parte de los proveedores 60	
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué tiene cobertura para usted y cuánto pagará.....	61
Sección 2.1	Sus servicios médicos y de atención a largo plazo y sus costos como miembro del plan.....	61
SECCIÓN 3	¿Qué servicios tienen cobertura fuera de Hamaspik Medicare Choice?	102
Sección 3.1	Servicios <i>no cubiertos</i> por Hamaspik Medicare Choice	102
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no tienen cobertura por Medicare O Medicaid?	103
Sección 4.1	Servicios <i>no cubiertos</i> por el plan <i>O</i> Medicare (exclusiones de Medicare) <i>O</i> Medicaid.....	103

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en qué servicios tienen cobertura y qué paga usted por tales servicios. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Hamaspik Medicare Choice. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no tienen cobertura.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normativas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para conseguir atención).

Para comprender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, usted necesita conocer los tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que su plan comience a pagar su parte. Hamaspik Medicare Choice no tiene un deducible.
- Un “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- “**Coaseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información acerca de su coaseguro).

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que usted paga por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare O por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo para servicios médicos.

Término Legal: Monto Máximo Fuera del Bolsillo

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

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 es \$7,550. Los montos que usted paga por copago y coaseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo fuera del bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos). Si alcanza el monto máximo fuera del bolsillo de \$7,550, no tendrá que pagar ningún costo fuera del bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sin embargo, debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare (a menos que usted, Medicaid u otro tercero se encargue de pagar su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite la “facturación de saldo” por parte de los proveedores

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

Término Legal: Facturación de saldo

Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente por un monto que supere el costo compartido permitido del plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o que le cobren más que el monto de reparto de costos que su plan indica que usted debe pagar

A continuación, se describe cómo funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, comuníquese con Servicios de Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una facturación de saldo por parte de un proveedor, comuníquese con Servicios de Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

SECCIÓN 2 Uso de la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué tiene cobertura para usted y cuánto deberá pagar

Sección 2.1	Sus servicios médicos y de atención a largo plazo y sus costos como miembro del plan
--------------------	---

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Hamaspik Medicare Choice y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, servicios de atención a largo plazo, suministros, equipo y todos los demás servicios cubiertos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Si recibe su atención de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

- Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y coordina su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de red obtiene aprobación con anticipación (en ocasiones denominado “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con un asterisco (*). Además, los siguientes servicios no enumerados en la Tabla de Beneficios, requieren de autorización previa:
 - Todos los procedimientos considerados experimentales/de investigación requeridos por Medicare para ser servicios cubiertos.
 - Todos los trasplantes y todas las evaluaciones de trasplantes
 - Procedimientos reconstructivos que podrían considerarse cosméticos
 - Todas las referencias a proveedores no participantes
 - Procedimientos/servicios de infusión en el Otras hogar cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:
- Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid: Medicare cubre la atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre servicios adicionales (como su cuidado a largo plazo, cuidado dental, cuidado de la vista y cuidado de la audición), más su costo compartido por los servicios de Medicare. La Tabla de Beneficios incluye todos los servicios que puede recibir de Hamaspik Medicare Choice, tanto los servicios cubiertos por Medicare como por Medicaid.
- Debido a que Medicaid cubre sus costos compartidos, los servicios proporcionados por Hamaspik Medicare Choice no requieren que pague ningún cargo de su bolsillo, siempre que siga las reglas del plan.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2022*. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando 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.
- Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por dicha afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con las reglas del plan descritas en este folleto de Evidencia de Cobertura.

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas

Si un proveedor del plan le diagnostica 3 o más de las siguientes afecciones crónicas identificadas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos. Su elegibilidad se determinará en función de las reclamaciones que presente su médico y la información que nos proporcione en su Evaluación Anual de Riesgos para la Salud.

Los diagnósticos incluyen:

- Trastorno del espectro autista
- Trastornos autoinmunes;
- Artritis
- Cáncer
- Afecciones cardiovasculares
- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas;
- Insuficiencia cardíaca crónica;
- Trastornos pulmonares crónicos;
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes;
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal;
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD);
- Hepatitis
- VIH/SIDA;
- Hiperlipidemia
- Trastornos neurológicos;
- Trastornos hematológicos agudos;

Vaya a la fila “Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación para obtener información detallada.

Nota:

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

Tabla de Beneficios Médicos

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Examen de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura para dolor de espalda baja crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en virtud de las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor de espalda baja se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Prolongado por 12 semanas o más; • Inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No asociado a cirugía; y • No asociado con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Además, tiene cobertura por hasta 12 visitas de acupuntura para otras afecciones de salud que no están incluidas en el beneficio de Medicare descrito anteriormente. (continúa en página siguiente)	Usted paga \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Usted paga \$0 por cada visita de acupuntura adicional cubierta por el plan.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Requisitos de proveedor:</p> <p>Los médicos (tal como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Atención sanitaria de día para adultos</p> <p>La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.</p> <p>Los servicios se brindan en un centro residencial de atención médica u otro lugar, bajo la dirección de un médico.</p>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de atención sanitaria de día para adultos.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Usted paga \$0 por cobertura servicios de ambulancia terrestre y aéreos.</p> <p>* Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud actual y factores de riesgo. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de masa muscular</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la masa ósea calidad, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes de mamas clínicos cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>También tiene cobertura de Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación pulmonar • Servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado para Enfermedad Arterial Periférica (PAD) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización para estos servicios.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Exámenes cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para análisis de enfermedad cardiovascular.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de cáncer vaginal y cervical</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación 	<p>Usted paga \$0 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p> Examen de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o mayores, lo siguiente tiene cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses • Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba de inmunoquímica fecal (FIT) <p>Para personas con riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas sin riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)</p> <p>Puede recibir atención personal y otros servicios de apoyo usando CDPAS. Si elige recibir servicios CDPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Será capaz de contratar y supervisar a sus propios trabajadores para proporcionar asistencias con sus necesidades cotidianas. • Su trabajador podría ser un familiar, amigo u otra persona de su elección • Para elegir este servicio, su médico deberá certificar que usted puede supervisar a su trabajador. • Su trabajador tendrá que registrarse en una agencia para enviar hojas de horas y recibir cheques de pago. 	<p>Usted paga \$0 por servicios CDPAS.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no tienen cobertura por Original Medicare.</p> <p>Usted tiene cobertura para los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (una vez cada seis meses) • Examen oral (una vez cada seis meses) • Radiografía(s) • Servicios básicos de restauración, como empastes, extracciones y dentaduras • Otros servicios dentales de restauración (tales como conductos radiculares o implantes dentales) tienen cobertura cuando son necesarios para aliviar un problema médico y su dentista dice que se requieren implantes dentales. 	<p>Usted paga \$0 por servicios dentales cubiertos.</p> <p>La atención dental básica no requiere autorización.</p> <p>* Algunos servicios de restauración requieren autorización.</p>
<p> Análisis de depresión</p> <p>Ofrecemos cobertura para un análisis de depresión al año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para una visita de análisis de depresión anual.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Análisis de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión), • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), • obesidad o • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). <p>Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación autogestionada de diabetes, servicios y suministros diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios que dependientes y no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted puede además presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).</i>)</p>	<p>Usted paga \$0 por equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medicaid.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entregan mediante un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>El reparto de costos de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, o debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p> <p>Usted también tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia globales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No hay copago por atención de emergencia.</p> <p>No hay copago por atención de emergencia que usted reciba al viajar fuera de los Estados Unidos, hasta el límite de beneficio definido.</p>
<p> Programas de formación de salud y bienestar</p> <p>Los servicios de salud y bienestar adicional incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería que está disponible los fines de semana y feriados cuando las oficinas de administración de atención están cerradas. • Materiales de educación de salud, que se enfocarán en una variedad de condición de salud 	<p>No hay copago por los servicios descritos en esta sección.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Medicare cubre evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audiología, incluidos exámenes, pruebas y evaluaciones de audífonos. • Colocación y ajuste de audífonos • Productos para audífonos, incluidos audífonos, moldes y adaptadores especiales • Comprobaciones de los audífonos después del ajuste • Evaluaciones de conformidad • Reparaciones y reemplazo de piezas de audífonos 	<p>Usted paga \$0 por servicios de audición cubiertos por Medicare y Medicaid.</p>
<p> Análisis de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para el examen de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Comidas a Domicilio y Grupales</p> <p>Las comidas a domicilio y en grupo se entregan a su hogar o se brindan en entornos de congregación (por ejemplo, en un centro para personas mayores), para las personas que no pueden preparar las comidas o que las preparan.</p>	<p>Usted paga \$0 por comidas con cobertura.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de una agencia de salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud a domicilio los proporcione una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla • Servicios médicos y sociales • Equipo médico y suministros 	<p>Usted paga \$0 por servicios de salud en casa.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>Usted paga \$0 por servicios de terapia de infusión en el hogar.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted podría recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han otorgado un certificado de pronóstico terminal indicando que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) <p>(continúa en página siguiente)</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Hamaspik Medicare Choice.</p> <p>No hay reparto de costo por una consulta de hospicio por única vez para un miembro con una enfermedad terminal que no había elegido el beneficio de hospicio.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios que tienen cobertura de Hamaspik Medicare Choice, y que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare, Hamaspik Medicare Choice continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas por COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para vacunas contra la neumonía, influenza, Hepatitis B y COVID-19.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención Intrahospitalaria</p> <p>Incluye cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios. La atención intrahospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día previo a que le den de alta es su último día de estancia hospitalaria.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario) • Las comidas incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de atención especial (tales como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesario • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos operativos y de sala de recuperación • Servicios de doctor • Terapia física, ocupacional y del lenguaje de habla • Servicios intrahospitalarios por abuso de alcohol y sustancias <p>Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. <p>(continúa en página siguiente)</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de atención intrahospitalaria cubiertos por Medicare y Medicaid.</p> <p>* Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios de urgencia.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p data-bbox="224 394 846 428">Atención Intrahospitalaria (continuación)</p> <ul data-bbox="272 470 1031 1073" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="272 470 1031 869">• Los proveedores de trasplantes podrían ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por alternativas locales, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Hamaspik Medicare Choice brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. <li data-bbox="272 873 1031 1073">• Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada <p data-bbox="224 1108 1008 1346">Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p data-bbox="224 1356 1008 1654">También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p data-bbox="224 1665 724 1701">Término Legal: Período de beneficio</p> <p data-bbox="224 1711 1008 1978">Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada (SNF). El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o a una SNF después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio.</p>	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p data-bbox="224 394 868 430">Atención de salud mental intrahospitalaria</p> <p data-bbox="224 472 950 541">Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren una estancia hospitalaria.</p> <ul data-bbox="272 546 1031 871" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 546 1031 651">• Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura de hasta 190 días de servicios de hospital psiquiátrico durante su período de vida.<li data-bbox="272 655 1031 760">• Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones.<li data-bbox="272 764 1031 871">• Sus beneficios de Medicaid cubren servicios de salud mental intrahospitalarios que excedan el límite de Medicare.	<p data-bbox="1063 457 1372 667">Usted paga \$0 por servicios de salud mental intrahospitalarios cubiertos por Medicare o Medicaid.</p> <p data-bbox="1063 699 1404 877">* Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios de urgencia.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estancia intrahospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o una SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente interno. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de doctor • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Vendas quirúrgicas • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona permanentemente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; armazones; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente • Terapia física, terapia de habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga \$0 por servicios intrahospitalarios que figuren en esta sección.</p> <p>*Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios de urgencia.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula parenteral, fórmula enteral, suplementos nutricionales y pilas para audífonos</p> <p>Estos elementos generalmente se consideran de un solo uso, y se consumen o son desechables después de su uso.</p> <p>Nota: La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a la cobertura solo para la alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de estos artículos se limita a las personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio, en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas alimentadas por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de fórmula por sonda • personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio • niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes en el crecimiento y desarrollo. <p>Nota: La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluye productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o contienen proteínas modificadas.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios y productos.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos con el objetivo de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas <p>(continúa en página siguiente)</p>	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>No se requiere autorización. Sin embargo, las reglas de la terapia escalonada pueden aplicarse a algunos medicamentos.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit ®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria <p>Insertar según corresponda: El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://4d.adaptiverx.com/webSearch/index?key=cnhmbGV4LnBsY_W4uUGxhbIBkZIR5cGUtMTEsNQ==</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos.</p>	
<p>Servicios de nutrición</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del estado/necesidades nutricionales y preferencias alimentarias • Desarrollo y evaluación de los planes de tratamiento • Educación nutricional (incluidos las consideraciones culturales) • Provisión de asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas 	<p>Usted paga \$0 por servicios de nutrición.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p> Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso continua.</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o practicante para averiguar más.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el análisis preventivo de obesidad y terapia.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento para opiáceos</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoría de consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Examen de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas <p>Los servicios del programa de tratamiento para opiáceos también están disponibles a través de telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención. Los servicios incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o practicante.</p>	<p>Usted paga \$0 por Servicios del programa de tratamiento para opiáceos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendas • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio • Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>Usted paga \$0 por cobertura de Medicare para procedimientos de diagnóstico, pruebas y exámenes de laboratorio.</p> <p>Algunas pruebas de laboratorio no requieren autorización previa.</p> <p>* Se requiere autorización para ciertos procedimientos de diagnóstico y procedimientos de pruebas genéticas.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalarios ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación corresponden a servicios ambulatorios sujetos a la determinación de si usted necesita ser ingresado o se le puede dar de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de observación hospitalarios ambulatorios.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Usted tiene cobertura para servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • La atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento intrahospitalario sería necesario sin este • Las radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y moldes • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda suministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de atención ambulatoria recibidos en un hospital de la red.</p> <p>* Se requiere autorización para servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajo social clínico, enfermero clínico especializado, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</p> <p>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para sesiones grupales e individuales de servicios de especialidad en salud mental. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor de salud gestiona su atención.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de salud mental en ambulatorios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>Usted también puede recibir servicios de terapia de rehabilitación cubiertos por Medicaid, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física • Terapia de habla • Terapia ocupacional <p>Término Legal: CORF</p> <p>Un CORF es una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-idioma y servicios de evaluación ambiental de casa.</p>	<p>Usted paga \$0 por los beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física • Terapia de habla • Terapia ocupacional <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales e individuales para servicios de abuso de sustancias ambulatorios. • Los miembros pueden auto referirse para una evaluación de servicios por abuso de sustancias cada año. <p>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para sesiones grupales e individuales ambulatorias para abuso de sustancias. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</p>	<p>Usted paga \$0 por sesiones grupales e individuales para servicios de abuso sustancias ambulatorios.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Usted tiene cobertura para procedimientos quirúrgicos ambulatorios médicamente necesarios.</p> <p>Nota: Si tiene una cirugía en una instalación hospitalaria, debería verificar con su proveedor acerca de si será un paciente intrahospitalario o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de reparto de costos por cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”.</p> <p>Término Legal: Centro Quirúrgico Ambulatorio</p> <p>Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren de hospitalización y que su estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Productos de salud de venta libre</p> <p>Hamaspik Medicare Choice brinda cobertura de medicamentos de venta libre (OTC) y otros artículos relacionados con la salud.</p> <p>Cubrimos un máximo de \$173.00 al mes para productos OTC. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al período subsiguiente.</p> <p>El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p> <p>Cuando se inscribe en Hamaspik Medicare Choice, recibirá información detallada sobre los productos cubiertos y cómo obtenerlos.</p> <p>Para más información, contacte a Servicios para Miembros.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para productos de salud de venta libre.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio de inicio en el hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de atención personal</p> <p>Servicios de atención personal (PCS) corresponden a la disposición de asistencia parcial o total con las actividades diarias, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal, • Vendajes • Preparación de comidas y alimentación • Tareas funcionales de apoyo ambiental (limpieza). <p>Los servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de la salud y seguridad del miembro en su propio hogar. El cuidado personal debe ser médicamente necesario y debe ser ordenado por el médico del miembro.</p>	<p>Usted paga \$0 para servicios de atención personal.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS):</p> <p>PERS es un dispositivo electrónico que permite a las personas de alto riesgo obtener ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Estos sistemas generalmente están conectados al teléfono de un miembro y señalan a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”. En el caso de una emergencia, un centro de respuesta interpreta adecuadamente la señal.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios PERS.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. <p>Ciertos servicios de telesalud también tienen cobertura. Si opta por recibir servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca los servicios. Los servicios que usted puede recibir por telesalud incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Médico de Atención Primaria • Servicios de Especialista Médico • Servicios Especializados de Salud Mental (Sesiones Individuales y Grupales) • Servicios Psiquiátricos (Sesiones Individuales y Grupales) • Servicios de abuso de sustancias ambulatorios (Sesiones Grupales e Individuales) • Servicios del programa de tratamiento para opiáceos <p>(continúa en página siguiente)</p>	<p>Usted paga \$0 por cada visita médica de atención primaria o visita médica de especialista.</p> <p>No necesita una remisión o una autorización para visitas a un PCP o un especialista.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación).</p> <p>Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención. Los servicios incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o practicante.</p> <p>Los servicios de telesalud generalmente se brindan mediante servicios de ordenador o teléfono que incluyen capacidades de audio y video. En algunos casos, los servicios de telesalud solo por teléfono también pueden tener cobertura.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. • Los servicios también incluyen hasta 4 visitas de rutina para cuidado de pies al año. 	<p>Usted paga \$0 por los beneficios de podología cubiertos por Medicare y Medicaid.</p>
<p>Enfermería Privada</p> <p>Los servicios privados de enfermería pueden ser proporcionados por una enfermera profesional registrada o una enfermera práctica con licencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios se pueden proporcionar a través de una agencia de atención domiciliaria certificada aprobada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un médico privado. • Los servicios pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o continuos. • Los servicios generalmente se brindan en el hogar del Miembro. • Los servicios están cubiertos cuando el médico tratante del miembro u otro proveedor (NP o PA) determina que son médicamente necesarios. 	<p>Usted paga \$0 por servicios enfermería privada.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA) 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para exámenes de detección de cáncer colorrectal.</p>
<p>Dispositivos protésicos, ortóticos, calzado ortopédico y suministros asociados</p> <p>Usted tiene cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos (que no sean dentales): reemplazan todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo si es necesario. • Aparatos ortopédicos: dispositivos (como un aparato ortopédico o una férula) para sostener, inmovilizar o tratar músculos, articulaciones o huesos débiles, deformados o lesionados. Se utilizan durante un período de tiempo y, por lo general, se ajustan, diseñan o modelan para el uso de un individuo en particular. • Calzado ortopédico: zapatos que se diseñaron específicamente para respaldar o adaptar las mecánicas y estructuras del pie, tobillo y pierna. • La cobertura también incluye ciertos servicios luego del retiro de cataratas o cirugía de cataratas. (Consulte “Cuidado de la visión” más adelante en esta sección para obtener más detalles). <p>Hamaspik Medicare Choice cubre todos los dispositivos protésicos y suministros que tienen cobertura de Medicare o Medicaid.</p>	<p>Usted paga \$0 por dispositivos protésicos, ortóticos y calzado ortopédico.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p> Examen y asesoría para reducir el uso indebido del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para reducir el beneficio preventivo de uso indebido del alcohol.</p>
<p> Análisis para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas que califiquen, una LDCT tiene cobertura cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: Personas de 55 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón por LDCT después de la detección inicial de LDCT: El miembro debe recibir una orden por escrito para la detección del cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para los servicios LDCT cubiertos por Medicare, el asesoramiento y las visitas compartidas para la toma de decisiones.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.

Los servicios que tienen cobertura para usted**Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios****Examen para infecciones de transmisión sexual (ITS)**

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

También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.

No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para ITS y asesoría para prevención de ITS.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)**Servicios para tratar enfermedad renal**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)
- Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipo diálisis en casa y suministros
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)

Usted paga \$0 para educación sobre enfermedad renal.

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".

Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF)

(Para una definición de “cuidado de instalación de enfermería especializada”, ver Capítulo 12 de este manual. A las instalaciones de enfermería especializada se les denomina “SNF”).

Usted paga \$0 por servicios de residencia de ancianos.

Una estancia intrahospitalaria no es necesaria antes de una admisión a una residencia de ancianos. Usted tiene cobertura para:

* Se requiere autorización.

- Cuidado de instalación de enfermería a corto plazo después de una hospitalización
- Servicios de residencia de ancianos a largo plazo, incluida la atención supervisada.

Los servicios cubiertos en una instalación de enfermería incluyen, pero no se limitan a:

- Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario)
- Las comidas incluyen dietas especiales
- Servicios de Enfermería Especializada
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla
- Los medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (Esto incluye sustancias que se encuentran presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de sangre).
- Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionado de manera común por SNF
- Pruebas de laboratorio proporcionadas de manera común por SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados de manera común por SNF
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas proporcionadas de manera común por SNF
- Servicios de médico/practicante

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

Generalmente, obtendrá su atención de SNF de las instalaciones de red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones enumeradas a continuación, usted puede ser capaz de obtener su atención de una instalación que no sea proveedor de la red, si la instalación acepta nuestros importes del plan para pago.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o comunidad de retiro de cuidado constante en donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de instalación de enfermería especializada) • Una SNF en donde su cónyuge vivía en el momento en que deje el hospital 	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad asociada al tabaco:</u> Cubrimos dos terapias de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada terapia de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad asociada al tabaco o toma medicina que pueda verse afectada por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de consejería para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada terapia de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de cesación del consumo de tabaco y dejar de fumar cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención social de día</p> <p>Los programas de atención de día social ofrecen a los Miembros con discapacidades servicios de socialización; supervisión y monitoreo; cuidado personal; y nutrición en un entorno de protección. Los servicios pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento y mejora de habilidades diarias para vivir • Almuerzos • Transporte • Asistencia de cuidador • Coordinación de caso 	<p>Usted paga \$0 por servicios de cuidado social de día.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Apoyos sociales y ambientales</p> <p>Los apoyos sociales y ambientales son servicios y artículos que apoyan las necesidades médicas del Miembro. Estos servicios y artículos pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas de mantenimiento en el hogar • Trabajo doméstico/tareas del hogar • Mejoras de vivienda • Servicios de exterminación • Atención de relevo 	<p>Usted paga \$0 por apoyos sociales y ambientales.</p> <p>* Se requiere autorización, según su plan de atención.</p>
<p>Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas</p> <p>Los miembros elegibles pueden usar \$40.00 por mes de su beneficio de “Producto de venta libre para la salud (OTC)” para la compra de alimentos y productos alimentarios. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al período subsiguiente.</p> <p>Para ser elegible:</p> <p>Si le han diagnosticado tres o más afecciones crónicas (como se enumeran a continuación), puede ser elegible para estos beneficios complementarios. Los diagnósticos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del espectro autista • Trastornos autoinmunes • Artritis • Cáncer • Afecciones cardiovasculares • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Demencia <p>(continúa en página siguiente)</p>	<p>No hay copago por los servicios descritos en esta sección.</p> <p>No se requiere autorización, después de que se haya determinado su elegibilidad para el beneficio.</p>

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p data-bbox="224 394 914 499">Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continuación)</p> <ul data-bbox="272 541 885 888" style="list-style-type: none">• Diabetes• Enfermedad hepática en etapa terminal• Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)• Hepatitis• VIH/SIDA• Hiperlipidemia• Trastornos neurológicos• Trastornos hematológicos agudos <p data-bbox="224 930 998 1035">La elegibilidad se determinará en función de la información proporcionada por su(s) médico(s) y su Evaluación Anual de Riesgos para la Salud.</p> <p data-bbox="224 1077 901 1182">El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p> <p data-bbox="224 1224 982 1255">Para más información, contacte a Servicios para Miembros.</p>	

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET)</p> <p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET)</p> <p>SET tiene cobertura para miembros que presentan enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una referencia por PAD del médico responsable para recibir tratamiento por PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requerimientos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación. • Ser realizado en un entorno hospitalario ambulatorio o en el despacho de un médico • Ser entregado por personal auxiliar calificado para garantizar que los beneficios superen los daños y quienes tengan capacitación en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de apoyo vital básicas y avanzadas. <p>SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$0 por la terapia de ejercicio supervisada bajo la supervisión de Medicare</p> <p>* Se requiere autorización</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

Transporte (No de emergencia)

La cobertura incluye transporte para sus citas médicas y otros servicios de salud que tengan cobertura por Hamaspik Medicare Choice. Los servicios están disponibles mediante servicio de auto o ambulancia o transporte público, dependiendo de sus necesidades individuales.

Usted paga \$0 por servicios de transporte

* Se requiere autorización

Llame a servicios de miembros al menos 48 horas antes de su cita para concertar su transporte.

Los servicios que tienen cobertura para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.</p> <p>El reparto de costos de los servicios de servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Usted también tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia globales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$0 por cobertura de Medicare para visitas de atención necesaria de urgencia.</p>
<p>Los servicios que tienen cobertura para usted</p> <p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios</p> <p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)**Cuidado de la visión**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.
Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto
- Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o mayores e hispanoamericanos de 65 años o mayores.
- Para personas con diabetes, se cubre un análisis para retinopatía diabética una vez al año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).
- Tiene cobertura para un examen ocular de rutina, una vez cada dos años
- Usted tiene cobertura para:
 - Un par de anteojos incluidos marcos y lentes más mejoras cada dos años, o
 - Un par de lentes de contacto cada dos años
 - Hasta \$200 para anteojos o lentes de contacto cada dos años

Usted paga \$0 por servicios de atención de la vista y productos que figuren en esta sección.

No se requiere autorización.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios tienen cobertura fuera de Hamaspik Medicare Choice?

Sección 3.1 Servicios <i>no cubiertos</i> por Hamaspik Medicare Choice
--

Los siguientes servicios no están cubiertos por Hamaspik Medicare Choice, pero están disponibles a través del servicio de pago de Medicaid. Muestre su tarjeta de Medicaid del Estado de Nueva York a su proveedor si necesita estos beneficios.

- Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:
 - Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)
 - Programas de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivos (CPEP)
 - Tratamiento Diurno Continuo (CDT)
 - Servicios de Intervención en Crisis
 - Programas de Tratamiento de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
 - Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

- Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente (patrocinado por unidades de salud mental locales o estatales)
- Terapia Observada Directa para la Enfermedad de Tuberculosis
- Beneficios Farmacéuticos de Medicaid (seleccione categorías de medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Los servicios para personas con problemas de abuso de sustancias incluyen:
 - Centros de tratamiento de adicciones (rehabilitación para pacientes hospitalizados operados por el estado)
 - Programas de Tratamiento y Mantenimiento con Metadona
 - Servicios residenciales
- Servicios de Medicaid cubiertos por la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD).
- Servicios de Rehabilitación Proporcionados a Residentes de Viviendas Comunitarias (CR) Licenciadas OMH y Programas de Tratamiento Familiar.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no tienen cobertura por Medicare O Medicaid?

Sección 4.1 Servicios <i>no cubiertos</i> por el plan O Medicare (exclusiones de Medicare) O Medicaid

Esta sección le indica qué servicios se “excluyen” de Medicare. Excluido quiere decir que el plan O Medicare O Medicaid no cubre tales servicios.

La tabla en la siguiente página describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan O Medicare O Medicaid bajo cualquier condición o están cubiertos por el plan O Medicare O Medicaid solo bajo condiciones específicas.

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

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en Tabla de Beneficios o en el cuadro a continuación:

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

Servicios no cubiertos por Medicare o Medicaid o Hamaspik Medicare Choice	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Servicios considerados no razonables y necesarios, conforme a los estándares de Original Medicare	✓	
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Podría tener cobertura en virtud de Original Medicare según nuestro plan o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de los estudios de investigación).</p>
Sala privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertura solo cuando es médicamente necesario</p>

Capítulo 4.

Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

Servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Choice, Medicare, o Medicaid	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Artículos personales en su habitación del hospital o una instalación de enfermería especializada, como teléfono o una televisión	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de una lesión accidental, o para mejora del funcionamiento de un miembro con malformación corporal • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Cuidado quiropráctico de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna para corregir la subluxación tiene cobertura.</p>
Queratotomía radial y cirugía LASIK	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	✓	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Artículos personales en su habitación del hospital o una instalación de enfermería especializada, como teléfono o una televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertura solo cuando es médicamente necesario.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que tiene cobertura y lo que paga)

Servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Choice, Medicare, o Medicaid	Sin cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Cuidado quiropráctico de rutina		✓ La manipulación manual de la columna para corregir la subluxación tiene cobertura.
Servicios considerados no razonables y necesarios, conforme a los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	109
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D..	109
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D	110
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan	110
Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red	110
Sección 2.2	Buscar farmacias de la red.....	111
Sección 2.3	Usar los servicios de orden por correo del plan	112
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	112
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?	113
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	114
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.....	114
Sección 3.2	Hay un “nivel de reparto de costos” para medicamentos en la Lista de Medicamentos... ..	115
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?	115
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos	115
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	115
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	116
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplican a sus medicamentos?	117
SECCIÓN 5.	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted deseaba su cobertura?	117
Sección 5.1.	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la forma en que usted deseaba su cobertura	117
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?.....	118
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	120
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	120
Sección 6.2	¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que usted consume?	120
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> tienen cobertura por el plan?	122
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	122

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

SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	123
Sección 8.1	Mostrar su tarjeta de membresía	123
Sección 8.2	¿Qué ocurre si no tiene su tarjeta de membresía?	123
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	123
Sección 9.1	¿Qué ocurre si está en un hospital o en un centro de enfermería especializado para una estancia que tiene cobertura del plan?	123
Sección 9.2	¿Qué ocurre si usted es un residente en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC)?	124
Sección 9.3	¿Qué ocurre si también tiene cobertura de un empleador o plan grupal de jubilados?.....	124
Sección 9.4	¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de Medicare?	125
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos	125
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar sus fármacos de forma segura	125
Sección 10.2	Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos	126
Sección 10.3	Programa de Gestión de Terapia de Medicamento (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos	127



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

Debido a que tiene beneficios de Medicaid y está en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, llamado “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le da más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Término Legal: Medicamentos de la Parte D

Medicamentos que pueden tener cobertura en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia de la Parte D.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las normativas para el uso de su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo le indica qué debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Hamaspik Medicare Choice también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le administran durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos por los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener

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

más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio en el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué tiene cobertura y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice para obtener más información sobre las recetas que están cubiertas por Medicaid.

Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que escriba su receta.
- Su recetador debe aceptar Medicare o presentar documentación ante CMS que demuestre que está calificado para escribir recetas, o su reclamo de la Parte D será denegado. La próxima vez que llame o visite a sus médicos, debe preguntarles si cumplen con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que el médico que receta necesita tiempo para enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan (*Formulario*) (abreviada como “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos”*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan
------------------	--

Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red
--------------------	---

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

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

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

medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Término Legal: Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”)

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

Sección 2.2 Buscar farmacias de la red**¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?**

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

Podría visitar cualquiera de nuestras farmacias de red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le dé una nueva receta o que transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia a la que usted recurre abandona la red?

Si la farmacia que usted visita deja la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

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

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

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Usar los servicios de orden por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de orden por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

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

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

Por lo general, un pedido de farmacia por servicio de correo llegará a usted en un período no superior a los 14 días. Puede haber un caso en el que se haya retrasado la entrega de su medicamento recetado. Si no recibe su receta dentro de 14 días, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente desde el despacho de su médico.

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

Volver a surtir recetas por servicio de correo

Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia 30 días antes de que crea que se acabarán los medicamentos que tiene a la mano para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Recuerde incluir siempre su número de teléfono en el formulario de pedido por correo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de Medicamentos de

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

nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento que se consumen a diario, para una afección médica crónica o prolongada). Usted puede ordenar este suministro a través del pedido por correo (consultar Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden estar de acuerdo en aceptar un monto menor de costo compartido por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no estén de acuerdo en aceptar los montos más bajos de costo compartido de pedidos por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, será responsable de la diferencia de precio. Llame a Servicios de Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de orden por correo de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar *al menos* un suministro de 30 días del medicamento y *no más de 90 días*. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información respecto al uso de servicios de orden por correo.

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

Su receta podría tener cobertura bajo determinadas situaciones

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

- Si viaja fuera del área de servicio, se enferma y no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil de su ubicación.
- Si está fuera del área de servicio, se queda sin su medicamento y no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista o de pedido por correo elegible de la red (estos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

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

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo debe solicitar un reembolso del plan?**

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Para solicitarnos un reembolso. (Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitar al plan un reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos”**Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura**

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Recetados (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, que abreviamos “**Lista de Medicamentos**”.

Los medicamentos que figuran en esta lista tienen cobertura por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requerimientos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D (anteriormente en este capítulo, Sección 1.1 se explica sobre los medicamentos de la Parte D). Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted en virtud de los beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre las recetas que están cubiertas por Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que:

- Tiene aprobación de la Administración de Alimentos y Drogas. (Es decir, la Administración de Alimentos y Drogas ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición por la cual se recetan).

– o –

- Tiene respaldo por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

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 tan bien como el medicamento de marca y tiene un costo más bajo. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de Venta Libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre a través de nuestros beneficios médicos. Algunos medicamentos recetados de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este manual. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) si tiene preguntas

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

acerca de su cobertura de venta libre.

¿Que *no* aparece en la Lista de Medicamentos?

Los medicamentos cubiertos no se incluyen en el formulario de Hamaspik Medicare Choice. Llame a Servicios de Miembros para obtener más información acerca de los medicamentos recetados que tienen cobertura según Medicaid. Para obtener un medicamento cubierto de Medicaid, use su tarjeta de Medicaid en su farmacia.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Hay un “nivel de reparto de costos” para medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en un nivel de reparto de costos. Aunque solo hay un nivel, la lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca que puede surtir con sus beneficios de Hamaspik Medicare Choice.

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

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos al correo. También disponible de forma electrónica en el sitio web. (Tenga en cuenta: La Lista de Medicamentos que ofrecemos incluye información para los medicamentos cubiertos de uso más común entre nuestros miembros. Sin embargo, ofrecemos cobertura para medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si tiene cobertura).
2. Visite el sitio web del plan (www.hamaspik.com). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada. El sitio web también le permite buscar un medicamento específico para averiguar si tiene cobertura.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

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

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

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

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Restringir medicamentos de marca cuando existe una versión genérica disponible

Habitualmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele tener un costo menor. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no ofrecemos cobertura para el medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted O ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca O nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro con cobertura que trate la misma afección funcionarán para usted, procederemos a cubrir el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Obtener la aprobación del plan con anticipación**

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. En ocasiones el requerimiento de obtener autorización con anticipación ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener cobertura del plan.

Intentar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos habitualmente menos costosos, pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan requiera que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

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

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la Lista de Medicamentos. Para más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual) o revise nuestro sitio web (www.hamaspik.com).

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

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted desea cobertura?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar, que no esté en nuestro formulario o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener cobertura del todo. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que deba probar un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, podría desear que nosotros retiremos la restricción para usted.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea. Sus alternativas dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si tiene una restricción, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si tiene una restricción, estas son las cosas que puede hacer:

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

Podría obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**

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

– 0 –

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

2. Usted debe estar en una de estas situaciones descritas a continuación:

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

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

- **Para esos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un suministro de inmediato:**

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

- Los afiliados que experimenten un cambio en el nivel de atención pueden acceder a un resurtido al ser admitidos o dados de alta en un centro de LTC. Los afiliados que necesiten un surtido de transición por única vez, o a quienes se les recete un medicamento fuera del formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención, deben contratar a Servicios para miembros para solicitar un surtido de transición de su medicamento.
- Hamaspik puede proporcionar una extensión del período de transición, caso por caso, si la solicitud de excepción o apelación de un afiliado no ha sido procesada al final del período de transición.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

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

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar dicha excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Disponibilidad de nuevos medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos. Al parecer, el gobierno ha dado su aprobación para un nuevo uso para un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que es ineficaz.
- **Añadir o retirar una restricción respecto a la cobertura de un medicamento** (para más información acerca de las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que usted consume?**Información respecto a los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre tales cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma periódica para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicamos las veces que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando en ese momento. También puede llamar a Servicios de Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Los cambios en su cobertura de drogas le afectan de inmediato?**

Los cambios que pueden afectarlo este año: En la mayoría de los casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

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

Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, aunque moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información respecto a cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este anuncio antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o eliminarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está consumiendo dicho fármaco, le notificaremos de este cambio de inmediato.
 - Su médico también conocerá este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
 - **Otros cambios en los fármacos de la Lista de Medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios según los recuadros de advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un resurtido de 30 días de su medicamento que consume en una farmacia de la red.

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

- Una vez que reciba la notificación del cambio, debe trabajar con su recetador para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información respecto a cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Los cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si colocamos una nueva restricción en su uso del medicamento
- Si retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* tienen cobertura por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se encuentran en esta sección. La única excepción: Si, tras una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido de la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este manual). Si el medicamento está excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se incluyen tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no cubre uso no aprobado. El “uso no aprobado” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas.

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

- Por lo general, la cobertura para el “uso no aprobado” se permite solo cuando es admitido por ciertas referencias tales como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no es admitido por cualquiera de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso no aprobado”.

Además, según la ley, las categorías de medicamentos indicados más adelante no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían tener cobertura para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información sobre los medicamentos recetados que tienen cobertura en virtud del beneficio de Medicaid.

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre)
Nota: Hamaspik Medicare Choice cubre medicamentos de venta libre según un beneficio diferente. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.
- Medicamentos cuando se utilizan para propiciar la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de la tos y los síntomas del resfrío
- Medicamentos cuando se utilizan para fines cosméticos o para propiciar el crecimiento capilar
- Vitaminas recetas y productos minerales, salvo vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta

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

Sección 8.1 Mostrar su tarjeta de membresía

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

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

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Puede entonces **solicitar un reembolso** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener más información sobre la solicitud de

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

reembolso).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está en un hospital o en un centro de enfermería especializado para una estancia que tiene cobertura del plan?**

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es un residente en una instalación de

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

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios de Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

¿Qué ocurre si usted es un residente en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC) y se transforma en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro temporal será por un máximo de 31 días o menos si su receta se escribió para una cantidad menor de días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio). Si ha sido un miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamento o si el plan tiene alguna restricción respecto a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta es para menos días.

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

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de un empleador o plan grupal de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados? En caso afirmativo, contacte al **administrador de beneficios de dicho grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene empleo actualmente, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será secundaria a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal debería pagar primero.

Nota especial acerca de la “cobertura acreditable”:

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

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

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

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si está en hospicio certificado de Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o su proveedor de cuidados paliativos respecto a que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que receta que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

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

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

medicamentos y lo que paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar sus fármacos de

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

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas tales como:

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que podrían ser necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opiáceos para el dolor

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una reciente sobre dosis por opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos recetados o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Tales limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un determinado médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubrimos para usted

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

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

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

Sección 10.3	Programa de Gestión de Terapia de Medicamento (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Gestión de Terapia de Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos por fármacos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opiáceos de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede discutir sobre la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esta discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el

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

programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga para sus medicamentos
recetados
de la Parte D*

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	131
Sección 1.1	Use este capítulo junto a los demás materiales para explicar su cobertura de medicamentos.....	131
Sección 1.2	Tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por sus medicamentos cubiertos	132
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de en qué “etapa de pago de medicamento” se encuentre y de cuándo obtiene el medicamento.....	132
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamento para los miembros de Hamaspik Medicare Choice?.....	132
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago de medicamento se encuentra.....	133
Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”).....	133
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos	134
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos	135
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga por su parte.....	135
SECCIÓN 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del fármaco y de dónde surta su receta	135
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	136
Sección 5.3	Si su médico receta un suministro menor a un mes completo, usted podría no tener que pagar el costo del suministro mensual completo	137
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	138
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de su medicamento para el año alcancen \$7,050 O los costos fuera del bolsillo para el año alcancen \$4,430.....	139
Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal por medicamentos recetados.....	140
SECCIÓN 6	No Hay Brecha de Cobertura para Hamaspik Medicare Choice .	141
Sección 6.1	No tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D. ..	141

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

SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga todos los costos por sus medicamentos.....	142
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa para el resto del año	142
SECCIÓN 8	Información adicional de beneficios.....	142
Sección 8.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	142
SECCIÓN 9	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	142
Sección 9.1.	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D por sí solo y para el costo de entregarle la vacuna.....	142
Sección 9.2	Es posible que desee llamarnos a Servicios para Miembros antes de vacunarse	144



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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa “Ayuda adicional”, parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. Hemos incluido un inserto separado, llamado “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto a los demás materiales para explicar su cobertura de medicamentos

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe familiarizarse con los conceptos básicos respecto a qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican los fundamentos básicos:

- **La Lista de Medicamentos Recetados del plan (Formulario).** Para hacer las cosas sencillas, llamamos a esto la “Lista de Medicamentos”.
 - La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos tienen cobertura para usted.
 - También le indica en cuál de los “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.hamaspik.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le brinda información acerca de la cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que usted debe seguir al obtener sus

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

medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le indica qué tipos de medicamentos recetados no tienen cobertura de nuestro plan.

El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan. En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos

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

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

Término Legal: Reparto de costos

Reparto de costos se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué “etapa de pago de medicamento” se encuentre cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamento para los miembros de Hamaspik Medicare Choice?

Como se muestra en la tabla en la próxima página, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de Hamaspik Medicare Choice. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta.

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

Etapa 1 Etapa de Deducible Anual	Etapa 2 Etapa Cobertura Inicial	Etapa 3 Etapa de Brecha de Cobertura	Etapa 4 Etapa de Cobertura Catastrófica
<p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica para usted.</p> <p>Sin embargo, si no recibe “Ayuda adicional”, comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 1.</p> <p>Si permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos. (\$480 es el monto de su deducible).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) totalicen \$4,430 O los “costos fuera del bolsillo” (sus pagos) alcancen \$7,050</p> <p>(Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Si tiene Medicaid y recibe “Ayuda adicional”, para pagar por sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica para usted.</p> <p>Sin embargo, si no recibe “Ayuda adicional”, durante esta etapa, paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas para contabilizar los costos para esta cantidad.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)

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

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo **“fuera del bolsillo”**.
- Realizamos un seguimiento de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con la persona que receta respecto a estas opciones de bajo costo. La EOB de la Parte D incluye:

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

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los mismos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar medicamentos recetados cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este manual). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es posible que desee darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulta el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese de mantener estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos

Debido a que nuestros miembros reciben beneficios de Medicaid y obtienen “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no se aplica para usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica para usted.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del fármaco y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta.

El plan tiene un nivel uno de reparto de costos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en un nivel de reparto de costos. El Nivel 1 cubre medicamentos genéricos y medicamentos de marca.

Sus alternativas de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento desde:

- Una farmacia minorista que esté en nuestra red del plan
- Una farmacia que no esté en la red del plan
- La farmacia con orden por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este manual 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 corresponderá a un copago o coaseguro.

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

Tenga en cuenta: Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre en qué situaciones cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos fuera de la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Medicamentos genéricos/p referidos de múltiples fuentes con costo compartido	\$0	\$0	\$0	\$0
Todos los demás medicamentos	\$0	\$0	\$0	\$0

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

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

La cantidad que paga cuando recibe un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar el coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

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

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o por menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que paga será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo de un medicamento (o medicamentos), si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento de diferentes recetas para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. El monto que paga dependerá del suministro de días que reciba.

Término Legal: Tasa de reparto de costos diario

Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria reparto de costos corresponde al copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) suministro de 90 días	Costos compartidos de orden por correo (suministro de hasta 90 días)
Medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes de costo compartido	\$0	\$0
Todos los demás medicamentos	\$0	\$0

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de su medicamento para el año alcancen \$7,050 O los costos fuera del bolsillo para el año alcancen \$4,430
--------------------	--

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y resurtido alcance el límite de \$7,050 **para la Etapa de Cobertura Inicial.**

El costo total de sus medicamentos se basa en sumar lo que pagó y lo que haya pagado cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted haya pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo).
 - Como se describe en este Capítulo, usted paga \$0 por sus medicamentos recetados como miembro de Hamaspik Medicare Choice.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para los costos totales de sus medicamentos).

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos alcancen los \$7,050. Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos fuera del bolsillo). Cuando alcanza un límite de costo total por medicamentos de \$7,050, abandona la Etapa de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 o \$7,050 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,430 O \$7.050. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la Etapa de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Término Legal: Límite de Cobertura Inicial

El límite de cobertura inicial es el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Término Legal: Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D es donde usted no paga O paga un copago o coaseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal por medicamentos recetados
--------------------	---

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$4,430, abandona la Etapa de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

Cuando sume sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan

Importa quién paga:

- Si usted realiza estos pagos **por sí mismo**, estos pagos se incluyen en sus costos fuera del bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si los realizan otras personas u **organizaciones determinadas en su nombre**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

Transición a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$7,050 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Veterans Affairs.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se enumeran anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por medicamentos, debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus costos fuera del bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El resumen de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo trata sobre este informe). Cuando alcance un total de \$7,050 en costos de bolsillo durante el año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa qué hacer para asegurarse de que nuestros registros respecto a lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No Hay Brecha de Cobertura para Hamaspik Medicare Choice

Sección 6.1 Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.

No hay brecha de cobertura para Hamaspik Medicare Choice. Una vez que abandona la Etapa de Cobertura Inicial, usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga todos los costos para sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa para el resto del año

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso personal han alcanzado el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el fin del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

Observe el inserto separado (la “Cláusula Adicional LIS”) para obtener información acerca de sus costos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica.

SECCIÓN 8 Información adicional de beneficios

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Nuestro plan también brinda cobertura para sus medicamentos y productos de salud de venta libre a través de un beneficio suplementario. Esto no se considera parte de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información acerca de este beneficio.

SECCIÓN 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D por sí solo y por el costo de brindarle la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Hay dos partes de nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **brindarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna).

¿Por qué paga por una vacuna de la Parte D?

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

- 1. El tipo de vacuna** (por qué recibe una vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos Recetados* del plan (*Formulario*).
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le brinda la vacuna.**

Debido a que todos los miembros de Hamaspik Medicare Choice tienen Medicaid y reciben “Ayuda Adicional” para sus medicamentos de la Parte D, en la mayoría de los casos no tendrá que pagar sus vacunas. Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando recibe su vacuna, tendrá que pagar el costo total tanto por el medicamento de la vacuna como por la aplicación de la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse por el costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o la vacuna, solo pagará su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, se describen tres formas comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la obtiene en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de administrarle la vacuna. Si obtiene la vacuna en una farmacia de la red, el costo será de \$0.
- Nuestro plan pagará los costos de su vacuna.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia.)

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

- No pagará nada a la farmacia por la vacuna en sí O tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

Sección 9.2	Es posible que desee llamarnos a Servicios para Miembros antes de vacunarse
--------------------	--

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Solicitarnos el pago por una factura
que usted haya recibido para
medicamentos o
servicios médicos con cobertura*

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debería solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos o medicamentos.....	147
Sección 1.1	Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago.....	147
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que haya recibido.....	149
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para pago.....	149
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	150
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos.....	150
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o medicamento, puede realizar una apelación.....	150
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales debería guardar sus recibos y enviarnos copias.....	151
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a tener un registro de sus costos de medicamentos fuera del bolsillo.....	151

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.**SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales debería solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos o medicamentos****Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que han suministrado, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo cubierto Medicare o por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que haya recibido.

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos el dinero por el costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que usted haya hecho.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.

3. menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Para obtener más información acerca de la “facturación al saldo”, vaya al Capítulo 4, Sección 1.6.
 - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
 - Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos.

4. Si se le inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación para que manejemos el reembolso. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

5. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para aprender más). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. Hay un formulario en nuestro sitio web (en www.hamaspik.com) que puede descargar con instrucciones para solicitar un reembolso o comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

6. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

7. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que se le aplique. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben tener cobertura. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos por los servicios o medicamentos. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información acerca de cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que haya recibido

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Para la Parte C (Reclamos Médicos): Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Hamaspik Medicare Choice
58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952
Attention: Claims

Parte D (Reclamos de medicamentos recetados): Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago. No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.hamaspik.com) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Envíe su solicitud de pago a la siguiente dirección:

Hamaspik, Inc. Medicare Advantage Plus
P.O. Box 1167
Maryland Heights, MO 63043

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Dónde enviar una solicitud solicitando que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido*.

Comuníquese con Servicios de Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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

Cuando recibimos su solicitud de pago, le daremos a conocer si requerimos cualquier información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso por correo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
(El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos. (El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- 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 por la atención o el medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por todo o parte de la atención médica o el medicamento, puede realizar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información respecto a cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios médicos con cobertura.

detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es nuevo para usted, le resultará útil comenzar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y brinda definiciones de términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 5, puede ir a la sección del Capítulo 9 que le indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debería guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus costos fuera del bolsillo por medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitando un pago. Por el contrario, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

A continuación, se muestra un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- Tenga en cuenta: Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna porción de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, al enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Dado que no solicita el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan	154
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	154
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.	155
Sección 1.3	Protegemos la privacidad de su información de salud personal.....	155
Sección 1.4	Debemos brindarle información acerca de plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos	156
Sección 1.5	Debemos respaldar sus derechos para tomar decisiones acerca de su atención	158
Sección 1.6	Usted tiene derecho a realizar reclamos y a solicitarnos que reconsiderar las decisiones que se hayan tomado	159
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o no se respetan sus derechos?	160
Sección 1.8	Cómo obtener información acerca de sus derechos	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	161
Sección 2.1	¿Cuáles son las responsabilidades?	161

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Para obtener información sobre nosotros de una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Hay material para miembros disponible en español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted. (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.)

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y miembros que no hablan inglés. Los materiales para miembros están disponibles en español. Llame a Servicios para Miembros para obtener una copia de esta EOC en español. El número de teléfono de Servicios para Miembros se incluye en la contraportada de este documento.

También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener información adicional.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios al Miembro para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No requerimos que obtenga referencias para acudir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este manual le indica lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3	Protegemos la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

Las leyes estatales y federales resguardan la privacidad de sus registros médicos a información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo estipulan estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos proporcionó al momento de inscribirse en este plan, así como sus registros y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a cualquier persona que no sea quien le proporciona atención o no paga por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Se permiten estas excepciones o son obligatorias por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede consultar la notificación de privacidad de Hamaspik Medicare Choice en nuestro sitio web. (www.hamaspik.com)

Sección 1.4	Debemos brindarle información acerca de plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted tiene ciertos derechos a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Tal como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una forma que funcione para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si necesita alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual):

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las Calificaciones por Estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias.
 - Para obtener una lista de las farmacias en la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual) o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual, además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Información acerca de por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer 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 manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cobertura para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.5	Debemos respaldar sus derechos para tomar decisiones acerca de su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y a participar en decisiones acerca de su atención de salud

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe cualquier riesgo en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicina. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura para atención.** Tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor le ha negado la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa, *si así lo desea*, que usted puede:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Brindar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**” y “**poder notarial para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
 - También hay un formulario de poder estatal de atención médica que puede utilizar de forma gratuita. Su administrador de atención puede ayudarlo a obtener este formulario y completarlo.
- **Completarlo y firmarlo.** Independiente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias al personal indicado.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que tome las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué ocurre si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a realizar reclamos y a solicitarnos que reconsiderar las decisiones que

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención con cobertura, el Capítulo 9 de este manual le indica lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independiente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o no se respetan sus derechos?

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la Oficina de Servicios de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Tiene que ver con algo más?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos y *no es* discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede contactar a la Oficina de Ancianos del Estado de New York (Programa de Defensor del Pueblo) al 1-800-342-9871. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Para preguntas acerca de los beneficios de Medicaid del Estado de New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-541-2831 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.8 Cómo obtener información acerca de sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, puede llamar 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.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son las responsabilidades?

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación.

Comuníquese con Servicios de Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de Evidencia de Cobertura para saber qué tiene cobertura para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que está usando toda su cobertura en combinación cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

el Capítulo 1, Sección 7).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para recibir su ayuda brindándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**

Para colaborar con sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.

- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna inquietud, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Tenga consideración.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
 - **Pagar lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Hamaspik Medicare Choice, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
 - Algunos miembros deben pagar una cantidad de excedente de miembro mensual como condición para su elegibilidad para Medicaid. Si tiene un Excedente de Miembro, le enviaremos una factura por este monto cada mes, y debe pagarla para seguir siendo elegible para la inscripción en el Plan.
 - **Informar una mudanza.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, tendrá un Período de Inscripción Especial en el que podrá inscribirse en cualquier Plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estos en el Capítulo 2.
- **Para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para Miembros.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y horarios de atención de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

ANTECEDENTES	168
SECCIÓN 1	Introducción..... 168
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o reclamo 168
Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales? 168
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan relación con nosotros 169
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 169
SECCIÓN 3	Comprender las quejas de Medicare y Medicaid y apelaciones a nuestro plan 170
SECCIÓN 4	Problemas con sus beneficios..... 170
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea realizar un reclamo?..... 170
SECCIÓN 5	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 171
Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general .. 171
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación..... 172
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación? 173
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 174
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención 174
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)..... 175
Sección 6.3.	Paso a paso: Cómo pre. sentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura de atención médica efectuada por nuestro plan)... 179
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se ejecuta una Apelación de Nivel 2 182
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que haya recibido por atención 182

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	186
Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que reembolsemos por un medicamento de la Parte D...	186
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	187
Sección 7.3	Aspectos importantes a saber acerca de la solicitud de excepciones	188
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	189
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura efectuada por nuestro plan).....	192
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	195
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le da de alta demasiado pronto...	197
Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.	198
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	199
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	202
Sección 8.4	¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	203
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto	206
Sección 9.1.	Esta sección involucra tres servicios solamente: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).....	206
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura	206
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	207
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	209
Sección 9.5	¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	211
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	213
Sección 10.1	Niveles de Apelación 3 y 4 para Apelaciones de Servicio Médico.....	213
Sección 10.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones a Medicamentos de la Parte D	214

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes..... 215

Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas son gestionados mediante el proceso de reclamo?	215
Sección 11.2	El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”	217
Sección 11.3	Paso a paso: Realizar un reclamo	217
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad	218
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo	218
Sección 11.6	Otros recursos de reclamo	219

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**ANTECEDENTES****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o reclamo**

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare y Medicaid. Para garantizar la equidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza usted? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “realizar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización integrada” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”. También emplea abreviaturas en la menor medida posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando esté lidiando con su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para gestionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para comunicarse con Medicaid para obtener ayuda con un problema:

- Llame a 1-800-541-2831 (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 3 Comprender las quejas de Medicare y Medicaid y apelaciones a nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Para la mayoría de sus beneficios, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y de Medicaid. A esto a veces se le llama un “proceso integrado” porque incorpora los procesos de Medicare y Medicaid.

SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios.

Sección	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea realizar un reclamo?
---------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es acerca de los beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no es acerca de los beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.”**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 5 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general**

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para problemáticas, tal como si algo tiene cobertura o no y la forma en que recibe cobertura.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas una solicitud por una decisión de cobertura se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medicaid ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es un conducto formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le entregamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas una solicitud por una decisión de cobertura se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo haremos saber. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea algo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.**
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro recetador solicita que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba designar a su médico u otro recetador como su representante.
 - Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante según la ley estatal.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf or on our website at www.hamaspik.com.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su asociación de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación?
--------------------	---

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le da de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). 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 manual tiene los números de teléfono de este programa).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, es posible que desee leerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de reiterar “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse dicha atención.
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o detendrá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le da de alta demasiado pronto.*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*. Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).
- Para *todas* las demás situaciones que impliquen recibir la noticia de que se interrumpirá la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si:	Usted puede:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede realizar una apelación . (Esto significa que usted nos solicita reconsiderar.) Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Le hemos dicho que interrumpiremos o reduciremos un servicio médico que ya está recibiendo?	Es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación. Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puedes enviarnos la factura. Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos Legales

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que estás solicitando. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos Legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ determinación expedita integrada ”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando le demos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para una solicitud de un **artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una “decisión de cobertura rápida”.

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**

Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

hasta 14 días calendario adicionales si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información que deba revisarse. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos más días para

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** de la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un período de tiempo extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitarnos una revisión de una decisión de cobertura de atención médica efectuada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “**reconsideración integrada**” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante pueden comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica*).]
 - Si alguien que no sea su médico apela a nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Si su médico u otro recetador solicita que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba otorgar a su médico u otro recetador su autorización como su representante. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Un enlace al formulario también está disponible en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que verifique nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llamando al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica).

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días** calendario a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Es posible que se le otorgue más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede realizar una solicitud llamándonos).

Términos Legales
Una “apelación rápida” también se denomina “determinación expedita integrada” .

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos una apelación rápida.

Si le dijimos que interrumpiríamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio, artículo o medicamento que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio, artículo o medicamento si solicita una

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de Nivel 1 dentro de 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.

- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio, artículo o medicamento sin modificaciones mientras su apelación está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios, artículos o medicamentos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

Paso 2: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Podríamos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una decisión “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si se toman los días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencia Administrativa para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es respecto a la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación en caso de que su apelación sea sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le daremos nuestra

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

decisión antes si su condición de salud así lo requiere.

Si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que se requieren más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente antes mencionado (o al final del período extendido si se toman los días adicionales respecto a su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego una organización externa independiente se hará cargo de la revisión. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de 30 días calendario, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, luego de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **debemos enviar su apelación a una organización de revisión independiente, llamada “Oficina de Audiencias Administrativas”**. Al hacerlo, esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual corresponde al Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se ejecuta una Apelación de Nivel 2
--------------------	--

Se rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Paso 1: La Oficina de Audiencias Administrativas revisa su apelación.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas es una agencia independiente del Estado de New York.** No tiene relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denominará su “expediente de caso”. **Le enviaremos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindar a la Oficina de Audiencias Administrativas información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias Administrativas se comunicará con usted para programar una audiencia.

Si tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, es posible que automáticamente tenga una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, es posible que automáticamente reciba una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación. En algunos casos, si tuvo una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, es posible que no reciba automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Obtendrá una apelación rápida si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.*
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La Oficina de Audiencias Administrativas no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
 - Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 60 horas** o cuando reciba su apelación.
 - Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La Oficina de Audiencias Administrativas no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página <xx> para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas le otorga su respuesta.**

La Oficina de Audiencias Administrativas le indicará su decisión por escrito explicando las razones de esta.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de 72 horas** o
 - proporcionar el servicio **dentro de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes estándar** o
 - proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes expeditas**.
- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud de medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B bajo disputa:
 - **dentro de 72 horas** después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes estándar** o
 - **dentro de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “abstención de decisión”. También se le llama “rechazo de su apelación”).
 - Si la Oficina de Audiencias Administrativas “se abstiene de una decisión” usted tiene el derecho a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Decida si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2 contiene los detalles sobre cómo hacer esto.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3 y 4 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5**¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que haya recibido por atención médica?**

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Solicítarnos el pago por una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le indica cómo

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso consisten en solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó corresponde a un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura)*). También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para la atención médica (estas reglas se encuentran en el Capítulo 3 de este manual: *Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Se emitirá una respuesta afirmativa o negativa a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O, si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y los motivos de nuestra decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir *no* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué ocurre si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no se le permitirá solicitar una apelación rápida).
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario.
- Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, es posible que desee leerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra *Lista de Medicamentos Recetados* del plan (*Formulario*). Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” en cada instancia.
- Para obtener detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se abordó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

A continuación, se muestran ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita tomar respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita hacer una excepción, incluido:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
 - que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, recibirá una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Ésta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la tabla a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos?	Puede pedirnos que se haga una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede realizar una apelación. (Esto significa que usted nos solicita reconsiderar.) Pase a la Sección 7.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro recetador deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.

(Se abrevia la “Lista de Medicamentos”).

Términos Legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina pedir una “**excepción al formulario**”.

2. Retiro de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos Legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia de pasos”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de fármaco que puede tener.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 7.3 Aspectos importantes a saber acerca de la solicitud de excepciones****Su médico debe indicarle las razones médicas**

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un fármaco para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y es probable que no cause más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir que sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para recetar) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento, vaya a la sección denominada *Dónde enviar una solicitud solicitando que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. Puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Solicitarnos el pago por [una factura que usted haya recibido para medicamentos o servicios]*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita para el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted haya pagado.

Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos las razones médicas de la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos la “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona autorizada para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviándonos por fax o correo una declaración escrita si es necesario. Consulte la Sección 6.2 y 6.3 para obtener más información respecto a las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS o en el formulario de nuestro plan, que están disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una “decisión de cobertura rápida”.

Términos Legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “determinación de cobertura expedita” .

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 72 horas a la recepción de la declaración de su doctor. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de 24 horas a la recepción de la declaración de su doctor.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya haya comprado).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, (sin el apoyo de su médico u otra persona autorizada para recetar), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que, si su médico u otra persona autorizada para recetar solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.

La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Tendremos su solicitud en consideración y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Cuando se utilizan los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas.**
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de respaldo de un médico a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo apelar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Cuando se utilizan los plazos rápidos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó –**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya haya comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días** calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que hayamos tomado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitarnos una revisión de una decisión de cobertura de efectuada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D se denomina “redeterminación”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar su apelación, usted, (o su médico o su representante u otro recetador) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros a través de fax, correo o en nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- Si solicita una apelación estándar, presente su apelación enviando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse a nuestro plan cuando realiza una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede realizar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D*).
 - **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días** calendario a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
 - **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación y agregar más información.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Si lo desea, usted y su médico o otro autorizado para recetar pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos Legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación expedita”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o su médico o a otro autorizado para recetar para obtener más información.

Plazos para una decisión “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendarios** tras la recepción de su apelación para un medicamento que aún no haya recibido. Le daremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento aún y su condición de salud así lo requiere. Si cree que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó –**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura que acordamos entregar tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo apelar a nuestra decisión.
- Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya haya comprado, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días** calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (ver más adelante).

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " Entidad de Revisión Independiente ". En ocasiones se le denomina " IRE ".

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denominado su "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le indicará su decisión por escrito explicando las razones de esta.

Plazos límite para una apelación "rápida" de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o todo lo que**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

solicitó, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Plazos límite para una apelación “estándar” de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a todo o parte de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “abstención de decisión”. También se le llama “rechazo de su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “se abstiene de una decisión” usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le da de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que abandona el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo elevar una solicitud.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--------------------	---

Durante su estadía en el hospital cubierta, se le entregará una notificación por escrito denominada *Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe esta notificación, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). También puede llamar 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.

- 1. Lea esta notificación detenidamente y realice preguntas si usted no lo comprende.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital y saber quién la pagará.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria
 - Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos Legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es un manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 8.2 más adelante le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar la notificación por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no otorga su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar la notificación **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

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

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha de salida del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en línea en: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumplir los plazos límites.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

Una “apelación rápida” también se denomina una “revisión inmediata”.

¿Qué es una Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención sanitaria que reciben remuneración del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Actúe rápido:

- Para realizar una apelación, debe contactar a la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **no después de la fecha de alta planificada.** (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha fijado para que deje el hospital).
 - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para de Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicitar una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización de Mejora de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le está pidiendo a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos Legales

Una “**apelación rápida**” también se denomina una “**revisión inmediata**” o una “**revisión expedita**”.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su alta.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (denominados como “los revisores” para abreviar) 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, aunque puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior de que los revisores informaran a nuestro plan de su apelación, también recibirá una notificación por escrito que le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente correcto) para que le den el alta en esa fecha.

Términos Legales

Esta explicación escrita se denomina “**Notificación Detallada de Alta**”. Puede obtener una muestra de esta notificación llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede buscar una notificación de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir brindándole**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Además, podrían existir limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si la respuesta es no?

- Si la organización *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día una vez que la Organización de Mejora de la Calidad le entregue la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía desde el día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez Administrativo o abogado litigante.
- La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

Puede apelar con nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada). Si pierde el plazo límite para contactar a esta organización, hay otra manera de realizar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 Alternativa

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos límite breves en lugar de fechas límite estándar.

Términos Legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita entregarle una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normativas.
- En esta situación, utilizaremos plazos “rápidos” en lugar de plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Se rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Oficina de Audiencias Administrativas Integradas”**. Al hacerlo, esto significa *automáticamente* pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones de Nivel 2.

Paso a paso: Proceso de Apelaciones *Alternativo* de Nivel 2

Se rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** llamada “Oficina de Audiencias Administrativas” (OAH) revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Paso 1: Enviaremos de forma automática su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Oficina de Audiencias Administrativas dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene contrato con nuestro plan. Esta organización es elegida por Medicare y Medicaid para gestionar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, la cual es gestionada a través del Consejo de Apelaciones de Medicare.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3 y 4 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección involucra tres servicios solamente: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención de salud a domicilio** que recibe
- Atención de enfermería especializada que obtiene como paciente en una instalación de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- Atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información acerca de este tipo de instalación, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura
--------------------	--

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. **Usted recibe una notificación escrita.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá una notificación.
 - La notificación escrita le indica la fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - La notificación escrita también le indica lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y seguir cubriéndola durante un período de tiempo más prolongado.

Términos Legales
Al informarle lo que puede hacer, la notificación por escrito le indica cómo puede solicitar una “apelación acelerada” . Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de requerir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto al momento de interrumpir su atención. (La Sección 9.3 le informa cómo puede solicitar una apelación acelerada).
La notificación escrita se denomina “Notificación de No Cobertura de Medicare” . Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1- 877-486-2048.). O puede visualizar una copia en línea a través de https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar la notificación por escrito para demostrar que fue recibida.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 5 le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar la notificación *solo* demuestra que ha recibido la información respecto al momento de detención de su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan en relación al momento de dejar de obtener la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumplir los plazos límites.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiar o no la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Realizar su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es una Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la atención sanitaria que reciben remuneración del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debería solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (para realizar una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación *a más tardar al mediodía del día posterior a la recepción del aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para de Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente con nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su alta.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

(denominados como “los revisores” para abreviar) 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, aunque puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también analizará su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y usted también recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos Legales
Esta notificación de explicación se denomina “ Explicación Detallada de No Cobertura ”.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Además, podrían existir limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que se le indicó.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que se indica en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención** usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que usted presenta está en el “Nivel” 1 del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Realizar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán con respecto a su apelación y le informarán su decisión.*¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o abogado litigante.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

Hay tres niveles adicionales de apelación luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazaron su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez Administrativo o abogado litigante.

- La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

Puede apelar con nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si pierde el plazo límite para contactar a esta organización, hay otra manera de realizar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 Alternativa

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos límite breves en lugar de fechas límite estándar.

Estos son los pasos para el Nivel 1 de Apelación Alternativa:

Términos Legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación con respecto a su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita entregarle una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, se realiza otro análisis de toda la información sobre su caso. Verificamos se siguieron todas las normativas al momento de establecer la fecha para

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

- En esta situación, utilizaremos plazos “rápidos” en lugar de plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y continuaremos brindándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en la que finalice su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención** usted mismo.

Paso 4: Se rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, esto significa *automáticamente* pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones de Nivel 2.

Paso a paso: Proceso de Apelaciones *Alternativo* de Nivel 2

Se rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Paso 1: Enviaremos de forma automática su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Oficina de Audiencias Administrativas dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

La Oficina de Audiencias Administrativas de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare o Medicaid. Esta organización no tiene contrato con nuestro plan. Esta organización es una

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- compañía elegida por Medicare y Medicaid para gestionar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
 - **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la cual le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar brindando cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
 - **Si la organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión efectuada por nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - La notificación que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cuatro niveles de apelación. Si los revisores rechazaron su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por el Consejo de Apelaciones de Medicare, un Juez Administrativo o abogado litigante.
- La Sección 10 en este capítulo le brinda más información acerca del Nivel 3 y 4 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3 y 4 para Apelaciones de Servicio Médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones consiste en una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener derecho a pedirle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones a Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, usted podría pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede llevar su apelación a un nivel superior. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado Juez Administrativo) o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o un abogado litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o abogado litigante rechazan su apelación, la notificación que reciba le informará qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría o no* finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no desea aceptar la decisión, usted podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un Juez en el **Tribunal de Distrito Federal** recibirá su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si su problema está relacionado con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. Por el contrario, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas son gestionados mediante el proceso de reclamo?**

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está feliz con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respecto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, pésimo servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está descontento con el trato que recibió por parte de nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que se le anima a abandonar el plan?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos contemplan esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para obtener una receta o en la sala de exámenes.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos provisto de una notificación que estamos obligados a entregar? • ¿Cree que la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que nos haya solicitado una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y la hayamos rechazado, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede realizar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que se aplican. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le entregamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 11.2 El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”

Términos Legales

- Lo que en esta sección se denomina “reclamo” también se le llama “queja”.
- Otro término para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”.
- Otra forma de decir “usar el proceso para reclamos” es “usar el proceso para presentar una queja”.

Sección 11.3 Paso a paso: Realizar un reclamo

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

Por lo general, llamar a Servicios de Miembros es el primer paso. Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros se lo indicará. Nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros es 1-888-426-2774. El número TTY es 711. Nuestros horarios son 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022. Desde abril de 2022 a septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede ingresar un reclamo por escrito y enviarlo a nosotros.** Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- **Cuando se comunique con nosotros, incluya tanta información como sea posible sobre el problema que experimentó.** Por ejemplo, incluya la fecha en que ocurrió el problema, el nombre del proveedor, si corresponde, y una descripción de lo que sucedió.
- **Independiente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** La queja puede presentarse en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea presentar dicha queja.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos un reclamo “rápido”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos Legales
Lo que en esta sección se denomina “reclamo rápido” también se denomina una “apelación expedita”.

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

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad
---------------------	---

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para la Mejora de la Calidad.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo**

Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Choice directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma su reclamo en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 11.6 Otros recursos de reclamo

Si aún no está satisfecho con sus servicios de Hamaspik Medicare Choice, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al llamando al: 1-866 712-7197. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Participant Ombudsman

Participant Ombudsman, que se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MAP como Hamaspik Medicare Choice. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el programa. Para contactar a ICAN:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Los usuarios TTY deben llamar: al 711)
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

CAPÍTULO 10

Dar término a su membresía en el plan

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	222
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan.....	222
Sección 2	¿Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan?	222
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare. y Medicaid.....	222
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual	223
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage.....	224
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Especial	224
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	226
SECCIÓN 3	¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?.....	226
Sección 3.1	Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan....	226
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ...	228
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted aún se considera un miembro de nuestro plan	228
SECCIÓN 5	Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones	228
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?.....	228
Sección 5.2	No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	230
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	230

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro

La finalización de su membresía en Hamaspik Medicare Choice puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no una elección propia):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
 - Solo hay ciertas épocas durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le informa cuándo puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decida irse, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le explica acerca de las situaciones en las que debemos dar término a su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

Sección 2 ¿Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especiales:

- Enero a Marzo
- Abril a Junio
- Julio a Septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de Inscripción Especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

diciembre.

Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del Período de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados “acreditable” por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este manual).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como el “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto sucede del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - *o* – original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información acerca de una sanción por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de realizar un cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

- Generalmente, una vez que se ha mudado
- Si tiene Medicaid en el Estado de New York
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas de Medicare
- Si infringe nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Ancianos (PACE)

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede cambiarse a cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - o –
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados “acreditable” por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información acerca de una sanción por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o quisiera tener más información respecto a cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
- Puede encontrar la información en el Manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Todo aquel que tenga Medicare recibe una copia del manual *Medicare y Usted 2022* cada otoño. Quienes sean nuevos en Medicare la reciben dentro de un mes luego de la primera inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- (Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3	¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?
------------------	--

Sección 3.1	Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan
--------------------	---

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, solo debe inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede realizar una solicitud por escrito a nosotros. Contacte a Servicios de Miembros si necesita más información respecto a cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).
- 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.

La tabla a continuación le explica cómo terminar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

Si prefiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. <p>Su inscripción en Hamaspik Medicare Choice se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. <p>Su inscripción en Hamaspik Medicare Choice se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare después. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Contacte a Servicios de Miembros si necesita más información respecto a cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Hamaspik Medicare Choice cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Para preguntas acerca de los beneficios de Medicaid del Estado de New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-541-2831. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York, y especialmente sus servicios de atención a largo plazo. Deberá inscribirse en otro plan de atención administrada a

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

largo plazo para seguir recibiendo servicios de atención a largo plazo en su hogar y comunidad.

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

Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted aún se considera un miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona Hamaspik Medicare Choice, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?
--------------------	--

Hamaspik Medicare Choice debe terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes ocurre:

- Si ya no tiene la Parte A y B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no califica para Medicaid, se le pedirá que cancele su inscripción en Hamaspik Medicare Choice.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de treinta (30) días.

Nota: Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Capítulo 10. Dar término a su membresía en el plan

- Si se muda a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (OMH), la Oficina de Retraso Mental o Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias (OASAS) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más, o
- Si clínicamente necesita atención en un hogar de ancianos, pero no es elegible para dicha atención según las reglas de elegibilidad institucional del Programa de Medicaid, o
- Si no es elegible para State Medicaid Advantage Plus (MAP), porque ya no tiene una necesidad funcional o clínica de servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad
- Si no es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en territorio estadounidense
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no se hace cargo del pago, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

Además, es posible que se cancele su inscripción en Hamaspik Medicare Choice en las siguientes circunstancias:

- Si se comporta continuamente de una manera disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare y Medicaid).
- Si no completa o envía algún formulario de consentimiento u otro documento que sea necesario para obtener servicios para usted.
- Si no paga o no hace los arreglos satisfactorios para pagar el monto, según lo determinado por LDSS, adeudado como su gasto/excedente de Medicaid, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento. Si esto ocurre, intentaremos trabajar con usted para cobrar el monto adeudado y le informaremos por escrito al menos 30 días antes de su posible desafiliación.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera tener más información respecto a cuándo puede terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios de Miembros** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este manual).

Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

Hamaspik Medicare Choice no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 **Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Anuncios legales

Capítulo 11. Anuncios legales

Capítulo 11. Anuncios legales

SECCIÓN 1	Notificación acerca de la ley vigente	233
SECCIÓN 2	Notificación acerca de la no discriminación	233
SECCIÓN 3	Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	233

SECCIÓN 1 Notificación acerca de la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se podrían aplicar otras leyes federales, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Notificación acerca de la no discriminación

Nuestro plan debe obedecer leyes que le resguarden de la discriminación o trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local para los Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Hamaspik Medicare Choice, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario en virtud de las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituye cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren de hospitalización y que su estancia prevista en el centro no excede las 24 horas. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia al Centro Quirúrgico Ambulatorio.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente por un monto que supere el costo compartido permitido del plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o que le cobren más que el monto de reparto de costos que su plan indica que usted debe pagar. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Facturación de Saldo.

Período de Beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o una instalación de enfermería especializada después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio.

Medicamento de Marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado. Consulte el Capítulo 5 para obtener una definición de Medicamento de Marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D es donde usted no paga o paga un copago o coaseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Coaseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles. El coaseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, 20%). Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Coaseguro.

Reclamo: el nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja”, en esta lista de definiciones. Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a Reclamos.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-idioma y servicios de evaluación ambiental de casa. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a CORF. Consulte el Capítulo 9 para obtener una definición de CORF.

Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS): Un programa estatal que permite a un miembro inscrito contratar a un familiar u otro cuidador para brindar atención personalizada y otros servicios de apoyo. Los servicios CDPAS se pueden autorizar como parte del plan de atención del miembro. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a CDPAS.

Copago: una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Copago.

Reparto de costos: reparto de costos se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago:

(1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a reparto de costos.

Nivel de Reparto de Costos: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en un nivel de reparto de costos. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de reparto de costos, más tendrá que pagar por el medicamento. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a reparto de costos.

Determinación de Cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Medicamentos Cubiertos.

Servicios Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Servicios Cubiertos.

Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a la Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable.

Atención supervisada: la atención supervisada incluye el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención supervisada corresponde al cuidado personal que pueden brindar personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, como ayuda con las actividades de la vida diaria, es decir: bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por atención supervisada. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a la Atención Supervisada.

Tarifa diaria de participación en los costos: Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria reparto de costos corresponde al copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de reparto de costos” es \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Deducible: el monto que usted debe pagar por atención médica o recetas antes de que su plan comience a pagar. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Deducible.

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción podría ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no una elección propia). Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Cancelación de inscripción.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta. Consulte el Capítulo 6 para obtener una referencia a Tarifa de dispensación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Individuo con Doble Elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Individuo con Doble Elegibilidad.

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que ordena su doctor por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Equipo Médico Duradero.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Emergencia.

Atención de Emergencia: Los servicios cubiertos que: (1) se prestan por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Atención de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Evidencia de Cobertura.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador del plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario). Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a Excepción.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Ayuda Adicional.

Medicamento Genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Habitualmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele tener un costo menor. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Medicamento Genérico.

Asistente de Salud en el Hogar: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

brindan terapia. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Asistente de Salud en el Hogar.

Hospicio: un miembro que tenga 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará un tratamiento especial para su estado. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Hospicio.

Estadía Hospitalaria para Pacientes Internados: una estadía en el hospital cuando se le ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”.

ICAN: ICAN es la Red de Independiente de Defensa al Consumidor, que actúa como un mediador para los miembros de MAP y otros beneficiarios de Medicaid. ICAN puede ayudar a los miembros con problemas de cobertura, quejas, apelaciones y otras inquietudes sobre su plan de atención administrada. Consulte el Capítulo 9 para obtener una referencia a ICAN.

El Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a IRMAA.

Límite de Cobertura Inicial: el límite de cobertura inicial es el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia al Período de Límite de Cobertura Inicial.

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones de LTC pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades mentales (ICF/IID); o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare de las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones LTC específicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (SNP): un Plan de Necesidades Especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel institucional de atención basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

respectivo y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Lista de Medicamentos Cubiertos.

Subsidio de Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Monto Máximo Fuera del Bolsillo: el monto máximo que usted paga fuera del bolsillo durante el año calendario para servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que usted paga por sus primas de plan, las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo fuera del bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, 1.2 para obtener información sobre el monto máximo fuera de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicaid Advantage Plus (MAP): un programa de Medicaid en Nueva York que combina un conjunto de servicios cubiertos de Medicaid con un plan Medicare Advantage, para crear un plan de salud integrado. Los beneficios de MAP incluyen servicios de atención a largo plazo, cobertura dental, cobertura de la vista y otros beneficios de Medicaid.

Indicación Medicamento Aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación medicamento aceptada).

Medicamento Necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Medicamento Necesario.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con determinadas discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Medicare.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: un período establecido cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare Advantage que se ofrezca en su área. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan Medicare Advantage.

Programa de Descuentos para el Período Sin Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Brecha de Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuento. Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Programa de Descuento para el Período Sin Cobertura.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 1 para una referencia a los Servicios Cubiertos por Medicare.

Plan de Salud de Medicare: una empresa privada que tiene contrato con Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Programas Piloto/de Demostración y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 10 para obtener una referencia a la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap son funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no se considera una póliza de Medigap). Consulte el Capítulo 2 para obtener una referencia a Medigap.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Miembro (Miembro de Nuestro Plan o “Miembro del Plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Miembro.

Servicios de Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener acerca de cómo comunicarse con Servicios para Miembros. Consulte el Capítulo 1 para obtener acerca de cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Farmacia de la Red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” debido a que tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Farmacia de Red.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar 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 brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de red también podrían denominarse como “proveedores de red”. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Proveedor de Red.

Determinación de Organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o “Medicare de pago por servicio”) es ofrecido a través del gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Original Medicare.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia fuera de la red es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a una Farmacia Fuera de la Red.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red: un proveedor fuera de la red es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no son propiedad ni están operados por nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Costos Fuera de Bolsillo: Consulte la definición para “costos compartidos” antes descrita. El requisito de participación en los costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo “fuera del bolsillo” del miembro. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Emergencia.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para facilitar la referencia, se mencionará como programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D). Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia de la Parte D.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista de los medicamentos cubiertos). el Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a los Medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia de la Penalización de Inscripción Tardía de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independiente que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para servicios tanto de la red (preferidos) como de proveedores de la red (no preferidos).

Prima: una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro, o un plan de atención médica para cobertura de salud o medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a prima.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Médico de Atención Primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirse a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre Médicos de Atención Primaria.

Autorización Previa: la aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que podrían o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla Beneficios Médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario. Consulte el Capítulo 3 para obtener una referencia a Autorización Previa.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener más información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de Cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido. Consulte el Capítulo 5 para obtener una referencia a Límites de Cantidad.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 para obtener una referencia a Servicios de rehabilitación.

Área de Servicio: una zona geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si se limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a área de servicio de Hamaspik Medicare Choice.

Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF): servicios rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de manera diaria y constante en una instalación de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera titulada. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener una referencia a Instalación de Enfermería Especializada.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica focalizada para grupos de personas específicas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que habitan en una residencia de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas. Consulte el Capítulo 1 para obtener una referencia a Plan de Necesidades Especiales.

Terapia de Pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente. Consulte el Capítulo 4 para obtener una referencia a Terapia de Pasos.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Necesarios de Urgencia: servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. Consulte el Capítulo 3 y 4 para obtener una referencia a Servicios Necesarios de Urgencia.

CAPÍTULO 13

*Su Manual de Miembro de
Medicaid Advantage Plus*

Capítulo 13. Bienvenido a Hamaspik Medicare Choice Medicaid Advantage Plus (MAP)

Le damos la bienvenida al Programa Hamaspik Medicare Choice (HMO D-SNP). Además de ser su Plan Medicare Advantage, Hamaspik Medicare Choice es un plan “Medicaid Advantage Plus” (MAP). Hamaspik Medicare Choice está especialmente diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de salud y atención a largo plazo, como atención domiciliar y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este capítulo del manual le indica sobre sus beneficios de Medicaid que Hamaspik Medicare Choice cubre desde su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en Hamaspik Medicare Choice. Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. Revise este manual con la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice (Capítulos 1 al 12 de este manual). Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

Puede llamarnos al número de Servicios para Miembros que aparece a continuación. Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros.

Llamar: 1-888-426-2774

Usuarios TTY: 711

El personal de servicios para miembros está disponible los siete días de la semana desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde el 1 de abril de 2020 hasta septiembre de 2021, el personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si necesita ayuda en otros momentos, también puede llamarnos a este número. Ofrecemos servicios de traducción gratuitos para miembros que no hablan un idioma y asistencia para miembros con discapacidad visual. También puede llamar a Servicios para Miembros si desea un documento en un idioma diferente, como español o Braille.

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN EN HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Hamaspik Medicare Choice es un programa para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted es elegible para unirse al programa si está inscrito en Hamaspik Medicare Choice para

la cobertura de Medicare y:

- 1) Personas de 18 años o mayores
- 2) Residir en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados de Nueva York: Bronx, Dutchess, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Orange, Putnam, Queens, Richmond (Staten Island), Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester
- 3) Tener una enfermedad crónica de discapacidad que le confiera elegibilidad para servicios que habitualmente se entregan en una residencia de ancianos
- 4) Puede regresar o permanecer en su hogar y comunidad, sin poner en peligro su salud y seguridad, en el momento en que se inscribe en el plan.
- 5) Requiere administración de la atención y se espera que necesite uno o más de los siguientes servicios durante más de 120 días a partir de la fecha en que se inscribe en nuestro plan:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Terapias en el hogar
 - Servicios de asistencia de salud a domicilio
 - Servicios de atención personal en casa
 - Atención sanitaria de día para adultos, o
 - Enfermería privada
 - Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)

Un solicitante que es un paciente hospitalizado o un paciente interno o residente de un centro autorizado por la Oficina Estatal de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD) o está inscrito en otro plan de atención administrada capitado por Medicaid, un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, un Programa Integral de Administración de Casos de Medicaid (CMCM) o un Programa de Tratamiento Diurno de la OPWDD o está recibiendo servicios de un hospicio puede estar inscrito con el Contratista tras el alta o la terminación del hospital para pacientes hospitalizados, centro autorizado por OMH, OASAS u OPWDD, otro plan de atención administrada, hospicio, programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, programa de tratamiento diurno CMCM u OPWDD.

La Inscripción en el Programa es voluntaria. La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de vigencia de su inscripción en Hamaspik Medicare Choice.

Para inscribirse en Hamaspik Medicare Choice, su elegibilidad debe ser determinada primero por una enfermera de inscripción estatal del Centro de Inscripción y Evaluación Libre de Conflictos (también conocido como CFEEC). La CFEEC envía una enfermera a su hogar para evaluar si necesita servicios de atención a largo plazo, como atención domiciliaria. Según esta evaluación, la enfermera determina si puede inscribirse en un plan de Atención a Largo Plazo de Medicaid y le explicará sus opciones. El CFEEC es un programa de Medicaid del Estado de Nueva York.

Si es elegible para inscribirse y está interesado en Hamaspik Medicare Choice, un asesor de enfermería de nuestro programa vendrá a su hogar a la hora que sea conveniente para usted. Si lo desea, también puede tener un familiar u otro cuidador con usted durante la cita. La enfermera realizará una evaluación para confirmar que es elegible para inscribirse y desarrollar su plan de atención.

Si es elegible y desea inscribirse en el Programa, se le pedirá que firme un formulario de inscripción de Medicaid. La enfermera también lo conectará con un especialista en inscripción de Medicare para completar la parte de Medicare del proceso de inscripción. Una vez que complete las inscripciones de Medicaid y Medicare, Hamaspik Medicare Choice las enviará a Medicaid y Medicare. En la mayoría de los casos, su inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Hamaspik Medicare Choice puede recomendar la denegación de su inscripción dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de inscripción, si determinamos que no es elegible, según los criterios enumerados anteriormente, o si no proporciona la información que se necesita en para tramitar su inscripción. Si se recomienda la denegación de su inscripción, debe ser aprobada por Medicaid y le enviaremos un aviso que incluye una explicación del motivo de la denegación. Tendrá una oportunidad de apelar a la denegación. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información. Tenga en cuenta que Hamaspik Medicare Choice no discriminará en el proceso de inscripción en función de su estado de salud, cualquier cambio en su estado de salud, los servicios que necesita o el costo de sus servicios cubiertos.

Si se inscribe y luego cambia de opinión, puede cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos. Si desea retirar su inscripción, debe informarnos antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de vigencia.

Consulte el Capítulo 1 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener información sobre su tarjeta de identificación del plan.

Los proveedores de la red recibirán el pago total y directo de Hamaspik Medicare Choice por cada servicio autorizado y proporcionado a usted, sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por Hamaspik Medicare Choice, no es responsable de pagar la factura.

Contacte a su Gerente de Atención. Puede ser responsable del pago de los servicios cubiertos que no fueron autorizados por Hamaspik Medicare Choice, o de los servicios cubiertos que sean obtenidos por proveedores fuera de la red de Hamaspik Medicare Choice.

Procedimientos de Cuidados de Transición de Hamaspik Medicare Choice

En algunos casos, los nuevos afiliados pueden continuar un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 90 días cuando se inscribe por primera vez en Hamaspik Medicare Choice. Hable de esto con su enfermera de inscripción o su administrador de atención cuando se inscriba en el Plan. Si es elegible para la atención de transición, puede seguir consultando a un proveedor de atención médica fuera de la red, si el proveedor

(1) acepta el pago de Hamaspik Medicare Choice; (2) acepta seguir las políticas y procedimientos de Hamaspik Medicare Choice; y (3) proporciona información médica sobre su atención al Plan.

También es elegible para la atención de transición si se encuentra en un curso de tratamiento continuo y su proveedor finaliza su contrato con Hamaspik Medicare Choice. En este caso, puede continuar recibiendo atención de este proveedor hasta 90 días, si el proveedor (1) acepta el pago de Hamaspik Medicare Choice; (2) acepta seguir las políticas y procedimientos de Hamaspik Medicare Choice; y (3) proporciona información médica sobre su atención al Plan.

Reducción de Gasto Mensual

Si Medicaid determina que debe pagar una reducción de gastos como condición para su elegibilidad, le proporcionarán esta información a Hamaspik Medicare Choice. Le enviaremos una factura por este monto todos los meses y debe pagar su reducción de gastos a Hamaspik Medicare Choice para permanecer inscrito en el Programa. Si tiene preguntas sobre sus pagos de reducción de gastos, llame a Servicios para Miembros. Si no realiza estos pagos, es posible que se cancele su inscripción en el Programa.

Programa Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explicará los servicios y respaldos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarle a trasladarse de un asilo de ancianos de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP si:

- Ha vivido en un hogar de ancianos por tres meses o más, y
- Tiene necesidades de salud que pueden cumplirse mediante los servicios en su comunidad

MFP/Open Doors cuenta con personas, que se denominan Especialistas en Transición y Pares, que pueden reunirse con usted en el asilo de ancianos y hablar con usted sobre cómo reintegrarse a la comunidad. Los Especialistas en Transición y Pares son distintos de los Administradores de atención y Planificadores de alta médica. Puede ayudarle de estas formas:

- Dándole información respecto a los servicios y respaldos disponibles para usted en la comunidad
- Buscando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarle a ser independiente
- Visitarlo o llamarlo después de su mudanza, para asegurarse de que tiene lo que necesita en casa.

Para obtener más información sobre *MFP/Open Doors*, o para programar una visita de un especialista en transición o un compañero, llame a la Asociación de Vida Independiente de Nueva York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico amfp@health.ny.gov. También puede visitar el sitio web de *MFP/Open Doors* en: www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA DE ELECCIÓN DE MEDICARE DE HAMASPIK

Deducibles y Copagos de los Servicios Cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice explica las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice en la columna, “Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Debido a que se ha inscrito en Hamaspik Medicare Choice y tiene Medicaid, Hamaspik Medicare Choice pagará estos montos.

No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a la atención quiropráctica y los artículos de farmacia, a menos que sea un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB). Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 8 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. Las secciones a continuación explican qué tiene cobertura.

Servicios de Administración de Atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá Servicios de Administración de Atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica: una enfermera o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también coordinará citas para cualquier servicio que necesite y coordinará el transporte a esos servicios. Su administrador de atención lo llamará al menos una vez al mes para hablar sobre sus necesidades de atención médica y sus servicios. También recibirá una visita domiciliaria una vez cada seis meses, para que podamos evaluar sus necesidades continuas y actualizar su plan de atención. Si tiene preguntas sobre sus necesidades de salud o sus servicios, no dude en llamar a su administrador de atención. Puede comunicarse con ellos llamando al 1-888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

Servicios Adicionales Cubiertos

Debido a que tiene Medicaid y califica para Hamaspik Medicare Choice, nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios, es decir, que sean necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad.

Su administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita, y los servicios se describirán en su plan de atención. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que están en la red de Hamaspik Medicare Choice.

- **Cuidado Personal**

Su asistente de cuidado personal brinda asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y una variedad de tareas domésticas. Los servicios son proporcionados por un asistente certificado que trabaja para una agencia de atención domiciliaria y se basarán en las “órdenes médicas” de su médico.

- **Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)**

Si opta por recibir servicios CDPAS, podrá contratar y supervisar a sus propios trabajadores para proporcionar asistencias con sus necesidades cotidianas. Su trabajador podría ser un familiar, amigo u otra persona de su elección. Para elegir este servicio, su médico deberá certificar que usted puede supervisar a su trabajador. Su trabajador tendrá que registrarse en una agencia para enviar hojas de horas y recibir cheques de pago. Hable con su administrador de atención si está interesado en los servicios CDPAS.

- **Servicios de Atención de Salud a Domicilio No Cubiertos por Medicare**

Es posible que necesite enfermería adicional, servicios médicos sociales, terapias ocupacionales, físicas y del habla que no están cubiertas por Medicare. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor.

- **Enfermería Privada**

Una enfermera privada puede brindarle atención en su hogar si necesita este nivel de atención. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor.

- **Nutrición**

Un nutricionista puede trabajar con usted para ayudarlo a comprender y mejorar sus necesidades nutricionales. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor.

- **Comidas entregadas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como una guardería**

Puede optar por recibir comidas a domicilio o comidas en un programa de cuidado diurno como sustituto de algunos servicios de cuidado personal o servicios CDPAS.

- **Atención Social de Día**

Los programas de atención social de día brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros y brindarle algunos servicios de cuidado personal y nutrición en un entorno seguro.

- **Atención Sanitaria de Día para Adultos**
Los programas de cuidado diurno para adultos brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros. Los programas de atención médica diurna para adultos incluyen enfermería, terapias de rehabilitación, trabajadores sociales, cuidado personal, asistencia con medicamentos y servicios de nutrición en un entorno seguro.
- **Transporte No Considerado de Emergencia**
Transporte para sus citas médicas y otros servicios de salud tienen cobertura por el programa. Los servicios están disponibles mediante servicio de auto o ambulancia o transporte público. Llame a servicios de miembros al menos 48 horas antes de su cita para concertar su transporte.
- **Equipo médico duradero (DME)**
Equipo médico duradero, incluye dispositivos y equipos que pueden repetirse durante un período de tiempo prolongado y se utilizan principal y habitualmente con fines médicos.
- **Prótesis, Ortopedia y Calzado Ortopédico**
Dispositivos protésicos se utilizan para reemplazar todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo si es necesario.

Los aparatos ortopédicos (como un aparato ortopédico o una férula) para sostener, inmovilizar o tratar músculos, articulaciones o huesos débiles, deformados o lesionados. Se utilizan durante un período de tiempo y, por lo general, se ajustan, diseñan o modelan para el uso de un individuo en particular.

El calzado ortopédico incluye zapatos que se diseñaron específicamente para respaldar o adaptar las mecánicas y estructuras del pie, tobillo y pierna.
- **Suministros Médicos y Quirúrgicos, Fórmula Parenteral, Fórmula Enteral, Suplementos Nutricionales y Pilas para Audífonos**
Tiene cobertura para estos artículos, que se entregarán en su domicilio. Estos servicios deben ser ordenados por su médico en la mayoría de los casos (excepto para pilas de audífonos).
- **Apoyos Sociales y Ambientales**
Otros servicios (como servicios de quehaceres domésticos, modificaciones en el hogar o cuidado de relevo) también están disponibles según sus necesidades. Estos servicios se personalizan según sus necesidades individuales.
- **Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS):**
Los PERS son dispositivos electrónicos que se pueden instalar en su hogar o llevar en un colgante. Un dispositivo PERS le permite pedir ayuda en caso de emergencia.

- **Atención de Residencia de Ancianos no cubierta por Medicare**
Los servicios de atención a largo plazo proporcionados en un hogar de ancianos están cubiertos por el Programa si ya no puede permanecer seguro en su hogar. Si necesita estos servicios, debe solicitarlos su médico.
- **Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios**
La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla/lenguaje están disponibles en un programa de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser ordenados por su médico.
- **Atención Dental**
Sus servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen chequeos y limpiezas dos veces al año, cuidado dental restaurativo necesario y dentaduras postizas. Se pueden proporcionar servicios adicionales (como endodoncias e implantes si es necesario por razones médicas).
- **Beneficios de Optometría y Visión**
Servicios prestados por optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos. Los servicios incluyen exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y enfermedades oculares, así como exámenes oculares de rutina. La cobertura incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales, ayudas para la baja visión y servicios para la baja visión. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de partes.

Nota: Los exámenes de la vista de rutina se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario como médicamente necesario. Los anteojos también están limitados a cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios o se pierdan, dañen o destruyan.

- **Audiología y Audífonos**
Los servicios y productos están cubiertos para una discapacidad causada por la pérdida o deterioro de la audición. Los servicios incluyen: servicios de audiología (exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos); selección de audífonos, ajuste y verificación de audífonos después de la dispensación; productos para audífonos (audífonos, moldes y accesorios especiales); y reparación y reemplazo de audífonos.
- **Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados por encima del Límite de por Vida de 190 Días de Medicare**
Usted es elegible para recibir atención de salud mental para pacientes hospitalizados más allá del límite de por vida de 190 días de su cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener instrucciones sobre cómo obtener estos servicios.

Limitaciones:

- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición por otros medios y a las siguientes condiciones: 1) individuos alimentados por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de fórmula por sonda; y 2) individuos con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio.

- La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- La atención en un hogar de ancianos está cubierta para las personas que se consideran una colocación permanente siempre que sea elegible para la cobertura institucional de Medicaid.

Obtener Atención Fuera del Área de Servicio

Si planea viajar fuera del área de servicio de Hamaspik Medicare Choice, puede ser elegible para la cobertura de sus servicios. Discuta sus planes de viaje con su administrador de atención para coordinar la cobertura.

También es elegible para servicios de atención de emergencia y urgencia fuera del área de servicio de Hamaspik Medicare Choice, incluso si viaja fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 de la *Evidencia de Cobertura* de Medicare para obtener más información o comuníquese con Servicios para Miembros.

Servicios de Emergencia

Una emergencia es una situación repentina, inesperada o inminente que puede causar lesiones, pérdida de la vida y/o interferencia con sus actividades normales, que requiere atención y tratamiento médico inmediatos. Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 de inmediato. No necesita ninguna autorización de Hamaspik Medicare Choice para obtener atención de emergencia. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener más información sobre sus servicios de emergencia y servicios de atención de urgencia.

Una vez que su emergencia se haya estabilizado, comuníquese con Hamaspik Medicare Choice o pídale a un familiar que llame en su nombre. Su administrador de atención trabajará con usted para evaluar sus necesidades y se asegurará de que su plan de atención se actualice si es necesario, a fin de brindar sus servicios continuos.

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Hay algunos servicios de Medicaid que Hamaspik Medicare Choice no cubre. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su Tarjeta de Beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al (1-888-426-2774) si tiene alguna pregunta con respecto a si un beneficio está cubierto por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su Tarjeta de Beneficios de Medicaid incluyen:

- **Farmacia**

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Hamaspik Medicare Choice Medicare, como se describe en la sección 6 de la Evidencia de Cobertura de Medicare (EOC) de Hamaspik Medicare Choice. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos no están cubiertos por Medicare.

- **Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:**

- Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)
- Programa de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivo (CPEP)
- Tratamiento Diurno Continuo (CDT)
- Servicios de Intervención en Crisis
- Tratamiento de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
- Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente (patrocinado por unidades de salud mental locales o estatales)
- Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS)
- Servicios de Rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar

- **Servicios Cubiertos para Personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo, incluidas:**

- Terapias de largo plazo
- Tratamiento Diurno
- Coordinación de servicio de Medicaid
- Atención Parcial de Hospital no Cubierta por Medicare
- Servicios Recibidos bajo la exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

- **Otros Servicios de Medicaid, incluidos:**

- Centros de tratamiento de adicciones (rehabilitación para pacientes hospitalizados operados por el estado)
- Tratamiento con Metadona
- Programas Residenciales para Consumo de Sustancias
- Administración Integral de Caso de Medicaid
- Terapia Observada Directa para la Tuberculosis (TB)
- Gestión de Casos de Atención Domiciliaria

Servicios de Planificación Familiar

Los miembros pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una derivación de su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR HAMASPIK MEDICARE CHOICE, MEDICARE, O MEDICAID

Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por Hamaspik Medicare Choice o por Medicaid, si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagarlos. Estos se enumeran en el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid son:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte del plan (a menos que Hamaspik Medicare Choice lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Solicitudes de Autorización de Servicio (también conocidas como Solicitudes de Decisión de Cobertura)

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y mayoría de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, hable con su Administrador de Atención o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Su médico puede ayudarlo a presentar una solicitud de autorización de servicio y se le puede pedir que brinde información sobre sus necesidades de salud para que podamos tomar una decisión sobre su autorización.

También puede enviar su solicitud por escrito

a: Hamaspik Medicare Choice
ATTN: Utilization Management
58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952

Revisaremos su solicitud y le informaremos nuestra decisión. Si se aprueba su solicitud, autorizaremos los servicios por un monto determinado y por un período de tiempo específico. A esto se le llama **período de autorización**.

Autorización Previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de Hamaspik Medicare Choice antes de recibirlos. Usted o alguien de su confianza puede solicitar una autorización previa. Consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. (La Tabla de Beneficios en este capítulo indica esto con un “*”).

Revisión Concurrente

También puede pedirle a Hamaspik Medicare Choice que extienda el alcance del servicio en relación a lo que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión en Retrospectiva

En ocasiones, se realizará una revisión de la atención que está recibiendo para verificar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina **revisión en retrospectiva**. Le informaremos en caso de llevar a cabo estas revisiones.

¿Qué sucede después de recibir su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Hacen esto al comparar su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor a la que solicitó. Un profesional de la salud calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos según un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si usted o su proveedor creen que una demora causará un daño grave a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión por vía rápida, le informaremos y manejaremos su solicitud según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica lo requiera, pero a más tardar en lo que se menciona a continuación. Encontrará más información sobre el proceso de vía rápida a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le diremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso Estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos de la vía rápida.

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar **14 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil de cuando tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos más días para entregar una decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

- Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “**reclamo rápido**”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan).

Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o al final de los días adicionales si los aceptamos), puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explique por qué dijimos que no. La Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como Nivel 1) más adelante en este capítulo le explica cómo presentar una apelación.

Proceso Acelerado

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una “autorización de servicio rápida”.

- Una revisión rápida de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de 1 día hábil posterior a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar **72 horas** a partir del momento en que realice su solicitud hacia nosotros.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información que deba revisarse. Si decidimos tomarnos más días, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar 14 días a partir del día en que solicitamos más información.
- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “**reclamo rápido**” (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección “Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, a continuación, para obtener más información). Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte “Apelaciones de Nivel 1”, a continuación, para saber cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización de servicio, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una autorización de servicio rápido si su solicitud se trata del pago de la atención médica que ya recibió).
2. El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su vida o salud, o dañar su capacidad para funcionar.

Si su proveedor nos informa que su salud requiere una “autorización de servicio rápido”, automáticamente aceptaremos darle una autorización de servicio rápido.

Si solicita una autorización de servicio rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le demos una autorización de servicio rápida.

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una autorización de servicio, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar).

- Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la autorización de servicio rápido, automáticamente le daremos una autorización de servicio rápido.
- La carta también le dirá cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápido que solicitó. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección: “Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan más adelante en este capítulo”).

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si ampliamos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio en su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al final de ese período extendido.

Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de la razón de nuestra negativa. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la sección “Apelaciones de Nivel 1”, a continuación, para obtener más información.

Si no recibe noticias nuestras a tiempo, es lo mismo que si denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio que ya aprobamos y que está recibiendo ahora, debemos informarle al menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos verificando la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la obtención de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que rechazamos el pago. **No tendrá que pagar por la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrieron, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede tener derechos especiales de **Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**. Para obtener más información acerca de estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura* de Hamaspik Medicare Choice.

Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura para un artículo médico o servicio, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a presentar una apelación y pedimos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea más adelante).
- Hamaspik Medicare Choice también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles según su reclamo. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774 para obtener más información respecto a sus derechos y las opciones que tiene disponibles. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al **1-866-712-7197**.

Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas Apelación de Nivel del Plan)

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y mayoría de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir obteniéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Se describió este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor que la solicitada, recibirá un aviso llamado Aviso de Determinación de Cobertura Integrada.

Si recibe un Aviso de Determinación de Cobertura Integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener el artículo o servicio médico que desea solicitándonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una Apelación de Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1 o una Apelación del Plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomamos para ver si seguimos correctamente todas las reglas.

Diferentes revisores gestionan su apelación en relación a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando se complete la revisión, le entregaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una Apelación de Nivel 1:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del Aviso de Determinación de Cobertura Integrada para presentar una apelación. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que aún no reciba, usted y/o su proveedor deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “autorización de servicio acelerada”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio acelerada. (Estas instrucciones se entregan en la Sección 1, en la sección Proceso de Vía Rápida).
 - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos una apelación rápida.
 - Si su caso fue una **revisión concurrente** en la que estábamos revisando un servicio que ya está recibiendo, automáticamente recibirá una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la Apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774, si necesita ayuda para presentar una Apelación de Nivel 1. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Solo alguien que usted nombre por escrito puede representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante durante su apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de Determinación de Cobertura Integrada, completar un formulario de “Designación de Representante” o escribir y firmar una carta nombrando a su representante. Para obtener un formulario de “Designación de Representante”, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en

<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> , o en nuestro sitio web en www.hamaspik.com

El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado; O

Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona nombrada en la carta como su representante puede enviarnos la carta).

- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal hacia usted porque presente una Apelación de Nivel 1.
- Puede presentar la Apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

Continuar con su servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le dijimos que interrumpiríamos, suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de emprender una acción.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de 10 días calendario posteriores a la fecha de la Notificación de Determinación de Cobertura Integrada o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin modificaciones mientras su Apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor solicita que continuemos con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrar a su proveedor como su representante.

Qué sucede después de recibir su Apelación de Nivel 1

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su Apelación de Nivel 1. Le informaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia gratuita de su expediente de caso, el cual incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información y registros que empleemos para determinar la apelación. Si su Apelación al Nivel 1 se realiza mediante gestión rápida, podría haber poco tiempo para recibir esta información.
- Los profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión decidirán las apelaciones sobre asuntos clínicos. Al menos uno será un colega revisor clínico.

- Las decisiones no clínicas serán gestionadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 1-888-426-2774 si no está seguro de qué información brindarnos. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto menor de lo que solicitó, le enviaremos un aviso llamado Notificación de Decisión de Apelación. Se rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud **dentro de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación se relaciona con la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
- Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que se requieren más días para tomar la decisión, se le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar 14 días a partir del día en que solicitamos más información.
 - Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección “Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, a continuación, para obtener más información.
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente antes mencionado (o al final de los días adicionales que tomemos respecto a un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
 - Una organización externa independiente se hará cargo de la revisión.
 - Se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la sección “Apelaciones de Nivel 2” más adelante.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la toma de nuestra decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **debemos enviar su apelación al**

siguiente nivel de apelación. Al hacerlo, esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual corresponde al Nivel 2.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos más días para entregar una decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar 14 días a partir del día en que solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final de los días adicionales que tardamos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones que se discute más adelante en la sección “Apelaciones de Nivel 2”.

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de acción.

- Durante la Apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **“Oficina de Audiencias Administrativas Integradas”** u **“Oficina de Audiencias”**, revisa nuestra decisión respecto a su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.
- Le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Apelaciones de Nivel 2.

La información de esta sección se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y mayoría de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Se **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión para su apelación de Nivel 1. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del Estado de New York.** No tiene relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denominará su “expediente de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindar a la Oficina de Audiencias información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 debido a que su salud podría verse seriamente perjudicada al esperar una decisión en un plazo estándar, automáticamente obtendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 90 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página 252 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le indicará su decisión por escrito explicando las razones de esta.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar el servicio o entregarle el artículo **dentro de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “abstención de decisión” o “rechazo de su apelación”).

Si la Oficina de Audiencias rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted puede decidir si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La notificación por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2 contiene los detalles sobre cómo hacer esto.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la Apelación de Nivel 3. Después de eso, puede tener derecho a pedirle a un tribunal federal que revise su apelación.
- La decisión que obtenga del Consejo de Apelaciones de Medicare relacionada con los beneficios de **Medicaid** será **definitiva.**

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Apelaciones Externas solo para Medicaid

Usted o su médico pueden solicitar una Apelación Externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid.**

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no es médicamente necesario o
- experimental o investigativo o
- no es diferente de la atención que puede obtener en la red del plan o
- está disponible con un proveedor participante que cuenta con el correcto adiestramiento y experiencia para cumplir sus necesidades.

Esto se denomina Apelación Externa debido a que los revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de su apelación al estado:

- Usted debe presentar una Apelación de Nivel 1 al plan y obtener la Determinación Final Adversa del plan; **o**
- Puede solicitar una Apelación Externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que decir que es necesaria una apelación acelerada); **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a Apelación Externa; **o**
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir la Determinación Final Adversa del plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la Apelación Externa dentro de los 4 meses posteriores a la fecha en que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774, si necesita ayuda para presentar una apelación. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Usted y sus médicos deberán proporcionar información acerca de su problema médico.
- La solicitud de Apelación Externa dice qué información se necesitará.

A continuación, se muestran algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Contacte al plan de salud al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

El revisor decidirá su Apelación Externa en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y al plan la decisión final dentro de dos días luego de tomar la decisión. Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso generará un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación Externa expedita**. El revisor de la Apelación Externa decidirá respecto a una apelación expedita en 72 horas o menos. El revisor le dirá a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, el revisor le enviará una carta que indique la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan lo atienda bien. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 o escriba a Servicios para Miembros. **El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No le pondremos las cosas difíciles ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar un reclamo:

- **Por lo general, llamar a Servicios de Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros se lo indicará. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426, para presentar su reclamo. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Los Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el personal está disponible de lunes a viernes a las 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede ingresar un reclamo por escrito y enviarlo a nosotros.** Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Asegúrese de proporcionar la mayor cantidad de información posible sobre su queja para que podamos investigar. Esto incluye, entre otros, la fecha en que ocurrió el problema, el nombre del proveedor o la persona involucrada y cualquier otra información.
- **Independiente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea presentar dicho reclamo.

Qué sucede a continuación:

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta y resolver el problema en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos a la mayoría de los reclamos en 30 días calendario.**

- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “autorización de servicio rápida” o una “apelación rápida”, **automáticamente le otorgaremos un reclamo “rápido”**. Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas**.
- Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que puede presentar una queja:
 - Si nos solicitó entregarle una “autorización de servicio rápida” o una “apelación rápida” y denegamos su petición.
 - Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que ha presentado.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos y usted cree que no cumplimos los plazos.
 - Cuando no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias antes de la fecha límite requerida.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones al Reclamo

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su reclamo respecto a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación al reclamo** ante el plan.

Cómo presentar una apelación al reclamo:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación al reclamo;
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación al reclamo por usted;
- Debe presentar la apelación al reclamo por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolvernos el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación al reclamo:

Después de que obtengamos su apelación al reclamo, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación al reclamo;
- Cómo comunicarse con esta persona;
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación al reclamo. Estos revisores se encuentran en un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si la apelación al reclamo involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico colega que no participó en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión dentro de los 30 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si es posible que una demora ponga en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en 2 días hábiles después de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde.

Si aún no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-866 712-7197.

Participant Ombudsman

Participant Ombudsman, que se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MAP como Hamaspik Medicare Choice. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el programa.

Contacte a ICAN para aprender más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Los usuarios TTY deben llamar al 711)
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Usted puede darse de baja

Puede solicitar salir del Programa de Elección de Medicare de Hamaspik en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame a Servicios para Miembros al 1-833-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El procesamiento puede demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o unirse a otro plan de salud siempre que califique. Si continúa requiriendo servicios de Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CBLTC), como atención personal, debe unirse a otro plan MLTC o programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para recibir los servicios CBLTC.

Deberá abandonar Hamaspik Medicare Choice si usted:

- Ya no está en Hamaspik Medicare Choice para su cobertura de Medicare
- Pierde su cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare
- Pierde su cobertura de Medicaid
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de Hamaspik Medicare Choice
- Ya no requiere un nivel de atención en un hogar de ancianos
- Necesita atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional
- Ya no requiere servicios de atención a largo plazo en su hogar o en la comunidad.
- Está en prisión
- Se une a un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o está inscrito en un programa o se convierte en residente de una instalación que esté bajo la dirección de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias.

Podemos solicitarle que abandone el plan

Tenga en cuenta que nunca le pediremos que cancele su inscripción debido a su estado de salud, cambios en su estado de salud o los costos de su atención médica.

Le pediremos que abandone Hamaspik Medicare Choice si:

- Usted o un familiar o cuidador se comporta de una manera que impide que el plan le brinde la atención que necesita.
- Proporciona información falsa a sabiendas o se comporta de manera engañosa o fraudulenta.

- No completa o envía algún formulario de consentimiento u otro documento que sea necesario para obtener servicios para usted.
- No pagar o hace arreglos para pagar el dinero adeudado al plan (reducción de gastos, excedente o NAMI).

Si tenemos planeando procesar su Cancelación de inscripción involuntaria, se lo haremos saber por teléfono y por escrito. En algunos casos, es posible que pueda corregir la situación que está causando su desafiliación y permanecer en el Programa. Seguiremos ofreciendo sus servicios hasta que su desafiliación haya sido procesada por Medicare y Medicaid, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que pueda recibir los servicios que necesita después de que termine su inscripción en Hamaspik Medicare Choice.

Cuando se haya procesado su desafiliación, le proporcionaremos un aviso de confirmación por escrito y Medicaid también le enviará un aviso. Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial por una cancelación involuntaria de la inscripción. El aviso que reciba de Medicaid le proporcionará instrucciones para solicitar una audiencia imparcial.

Volver a inscribirse en Hamaspik Medicare Choice

Si cancela su inscripción voluntariamente, se le permitirá volver a inscribirse en el programa si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción.

Si se cancela su inscripción involuntariamente, deberá completar el proceso de inscripción nuevamente.

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL

Hamaspik Medicare Choice honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente y promovemos y aseguramos la entrega de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los afiliados. Esto incluye, pero no se limita a, aquellos con habilidades limitadas en inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted tiene derecho a:

- Recibir atención cuando sea médicamente necesario.
- Obtener su atención y servicios de forma oportuna.
- Recibir un trato respetuoso y con dignidad.
- Recibir atención independiente de su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tener privacidad con respecto a sus registros médicos y su información confidencial.
- Obtener información acerca de las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera que comprenda.
- Obtener información en un idioma que entienda. Usted puede recibir servicios de traducción verbal sin cargo alguno.
- Obtener información necesaria para entregar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos.
- Formar parte de las decisiones con respecto a su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Recibir información respecto a dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de nuestra parte, incluso cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de no estar disponibles en nuestra red;
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento empleado como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales y el derecho de utilizar el Sistema de Audiencia Imparcial del Estado de New York y/o de Apelación Externa del Estado de New York, cuando resulte apropiado hacerlo.
- Designar a alguien para que hable por usted o en su nombre en lo referente a su atención y tratamiento.
- Su capacidad de ejercer cualquiera de sus derechos no afectará adversamente la forma en que se le trata.

También tiene derecho a buscar la asistencia del programa Participant Ombudsman. Este programa se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN). Su ayuda es gratuita, confidencial e independiente de Hamaspik Medicare Choice Medicare y Medicaid. Puede comunicarse con ICAN al 844-614-8800. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Como miembro de Hamaspik Medicare Choice, usted tiene la responsabilidad de:

- Recibir servicios cubiertos a través de proveedores de la red para sus servicios cubiertos;
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios preaprobados;
 - Consulte las páginas 253-257 de este capítulo, y el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura* de Medicare para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.
- Compartir su información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar a su Administrador de Atención u otro personal de Hamaspik Medicare Choice sobre cualquier cambio en su salud.

- Indicarnos si no comprende o no puede seguir las instrucciones.
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Hamaspik Medicare Choice y con sus proveedores.
- No discriminar al personal de Hamaspik Medicare Choice ni a sus proveedores por motivos de raza, color, nacionalidad, capacidad mental o física, religión, edad, sexo, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a Hamaspik Medicare Choice con antelación siempre que no se encuentre en casa para recibir servicios o atención que se hayan dispuesto para usted;
- Informar a Hamaspik Medicare Choice, si planea realizar un traslado permanente fuera del área de servicio o respecto a cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Asumir responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor
- Pagar sus obligaciones financieras, si hubiera.

INSTRUCCIONES AVANZADAS

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas referentes a su salud. Las instrucciones anticipadas le permiten dar a conocer sus opciones y designar a alguien de confianza para que las lleve a cabo, o tomar decisiones por usted, si usted no puede hacerlo. Estos documentos pueden proporcionar instrucciones sobre qué atención desea que se le brinde en determinadas circunstancias, y pueden autorizar a un miembro de su familia o persona de confianza en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho establecer instrucciones anticipadas según lo desee. Hamaspik Medicare Choice respaldará su derecho a participar en la toma de decisiones de atención médica. Lo alentamos a usted, a sus familiares y a sus profesionales de la salud a hablar sobre los valores y las preferencias que deben guiar su toma de decisiones sobre la atención de la salud si en alguna ocasión no puede ser capaz de expresar sus deseos.

Existen varias formas de instrucciones anticipadas que puede considerar:

- Poder de Atención Médica, es un documento que designa a alguien de su confianza como su “apoderado” o agente, para expresar sus deseos y tomar decisiones de atención médica por usted si no puede hablar por sí mismo o no puede hacerlo usted mismo.
- Testamento Vital, es una declaración escrita que detalla los deseos de una persona con respecto a su tratamiento médico, en circunstancias en las que ya no puede expresar su consentimiento informado.
- Orden No Hospitalaria de No Resucitar (Orden DNR), es redactada por su médico y les indica a los proveedores de atención médica que no realicen resucitación cardiopulmonar (RCP si su respiración se detiene o si su corazón deja de latir).
- Orden Médica para Tratamiento de Soporte Vital (MOLST), es otra forma de orden DNR, utilizada en Nueva York y varios otros estados.

Hamaspik Medicare Choice respeta su derecho a tomar decisiones sobre su atención y su administrador de atención puede ayudarlo a proteger esos derechos. Si lo solicita, su administrador de atención le proporcionará

los documentos y la orientación necesarios para permitirle desarrollar un plan adecuado. Su administrador de atención le preguntará si ha ejecutado una instrucción anticipada y lo anotaremos en su registro de miembro. Si tiene instrucciones anticipadas, se le pedirá que proporcione una copia, que también se archivará en su registro. Si nos autoriza a hacerlo, Hamaspik Medicare Choice también puede proporcionar copias de la instrucción anticipada archivada a los profesionales de atención médica designados. Al compartir estos documentos con nosotros, podemos ayudar a garantizar que sus proveedores respeten sus decisiones.

Queremos obtener su retroalimentación

En Hamaspik Medicare Choice, buscamos constantemente formas de mejorar nuestros servicios y satisfacer las necesidades de nuestros miembros. Si tiene alguna sugerencia sobre nuestras políticas, servicios o

proveedores, que pueda ayudarnos a mejorar el programa, háganoslo saber. Puede hablar con su administrador de atención sobre sus sugerencias o llamar a Servicios para Miembros al (833) 426-2774.

(Usuarios TTY deben llamar al 711). ¡Queremos escuchar de usted!

INFORMACIÓN TRAS SOLICITUD

La siguiente información está disponible a pedido. Contacte a servicios para miembros para lo siguiente:

- Información acerca de la estructura y operación de Hamaspik Medicare Choice.
- Lista de nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la junta directiva, funcionarios, controladores, propietarios o socios del Plan.
- Copia de los estados financieros certificados anuales más recientes de Hamaspik, incluido un balance general y un resumen de recibos y desembolsos, preparados por un Contador Público Certificado.
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los afiliados.
- Descripción escrita de los arreglos organizativos y los procedimientos en curso para el programa de aseguramiento y mejora de la calidad.
- Descripción de los procedimientos seguidos por Hamaspik Medicare Choice para tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de medicamentos, dispositivos médicos o tratamientos individuales en ensayos clínicos.
- Criterios específicos de revisión clínica por escrito relacionados con una condición o enfermedad en particular; y cuando corresponda, otra información clínica que el plan pueda considerar en su proceso de revisión de utilización.
- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos mínimos de calificación para proveedores de atención médica.

Servicios de Miembro de Hamaspik Medicare Choice

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-888-426-2774.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022.</p> <p>Desde el 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>Los Servicios de Miembros también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
ESCRIBIR	<p>Hamaspik Medicare Choice 58 Route 59, Suite 1 Monsey, NY 10952</p> <p>Puede enviarnos un correo electrónico a info@hamaspik.com.</p>
SITIO WEB	<p>www.hamaspik.com</p>

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de New York

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de New York es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAMAR	1-800-701-0501
TTY	711 (Relé New York) Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

Declaración de Divulgación PRA de conformidad con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.