

1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Integra Harmony (HMO SNP)

Este cuadernillo le brinda detalles sobre su cobertura de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Se trata de un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Integra Managed Care ofrece este plan, Integra Harmony (HMO SNP). Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros/as”, “nos” o “nuestro/a/os/as”, se refiere a Integra Managed Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Integra Harmony (HMO SNP).

Este documento está disponible sin cargo en español.

Comuníquese a nuestro número de Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Esta información está disponible en un formato diferente, incluidos español, braille y letra grande. Llame a Servicios de Atención al Miembro al número que aparece arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021. La lista de medicamentos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

ATENCIÓN: si habla español, los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros de Integra Harmony MAP (HMO SNP) al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratis.

注意：如果您講中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Integra Harmony MAP (HMO SNP)會員服務部：1-877-388-5195。（聽力障礙電傳：711）。該電話免費。「

Evidencia de cobertura para el 2020

Índice

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Le explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar el presente cuadernillo. Le indica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de afiliación del plan y cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

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

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Integra Harmony [HMO SNP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con ingresos bajos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 43

Explica cuestiones importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto) 59

Incluye información detallada sobre los tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan. Indica el monto que abonará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 111

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* por el plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones a las que está sujeta la cobertura de determinados medicamentos. Especifica dónde puede adquirir sus recetas médicas. Contiene información sobre los programas del plan para la seguridad y la administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 138

Le informa sobre las dos etapas de la cobertura de medicamentos: *Etapas de cobertura inicial y Etapa de cobertura catastrófica* y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos 156

Se explica cuándo y cómo enviarnos una factura si desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Describe lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 176

Le indica paso a paso qué hacer si tiene algún problema o inquietud 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 a su criterio están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura de los medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo realizar los reclamos relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 240

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

Capítulo 11. Avisos legales 251

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 254

Explica los términos clave utilizados en el presente cuadernillo.

CAPÍTULO 1.

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en Integra Harmony (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales).	5
Sección 1.2	¿De qué trata el cuadernillo de la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	7
Sección 2.2	¿Qué son las Parte A y B de Medicare?.....	7
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	8
Sección 2.4	Aquí está el área de servicio del plan para Integra Harmony (HMO SNP)	8
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense y residente legal.....	8
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención médica cubierta y los medicamentos recetados	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan	10
Sección 3.3	La lista de <i>medicamentos cubiertos del plan (Formulario)</i>	11
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Integra Harmony (HMO SNP).....	12
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima de su plan?	12
Sección 4.2	Existen varias formas de pagar la prima de su plan.....	13
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	14
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	15
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos información precisa sobre usted	15
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	16
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida.....	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	16
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	16

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Integra Harmony (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales).
--------------------	---

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y del estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen la cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan Integra Harmony (HMO SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Integra Harmony (HMO SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Integra Harmony (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de las Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que por lo general no cubre Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Integra Harmony (HMO SNP) le ayudará a administrar los beneficios de Medicare y coordinará sus beneficios de Medicaid por usted, de modo que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Una empresa privada administra Integra Harmony (HMO SNP). Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Además, el plan tiene contrato con el programa Medicaid del estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de

Atención Médica Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que aparece a continuación:
<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para mayor información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el cuadernillo de la *Evidencia de cobertura*?

Este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este cuadernillo le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y cuánto paga usted como miembro de este plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios y medicamentos recetados que están a su disposición como miembro de Integra Harmony (HMO SNP).

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para familiarizarse con este cuadernillo de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o si simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro de nuestro plan (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre 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 Integra Harmony (HMO SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectarla. Estos avisos a veces se llaman “anexos” o “modificaciones”.

El contrato está en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Integra Harmony (HMO SNP), entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Integra Harmony (HMO SNP) después del 31 de diciembre de 2020. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Integra Harmony (HMO SNP) todos los años. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como

miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser socio de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare (la sección 2.2 le explica sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (a continuación, la sección 2.3 describe nuestra área de servicio)
- -- Y -- sea un ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos
- -- Y -- no tenga enfermedad renal terminal (ESRD), salvo ciertas excepciones, como, por ejemplo, si contrajo ESRD cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o era miembro de un plan diferente que fue cancelado.
- -- Y -- reúna los requisitos especiales de elegibilidad que se describen más adelante.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Por favor, tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 3 meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía en nuestro plan (el capítulo 4, sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad considerada continua).

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

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

- Por lo general, la Parte A de Medicare cubre los servicios prestados por hospitales (por servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare se utiliza mayormente para el resto de los servicios médicos (como los servicios de un médico y otros servicios ambulatorios) y para ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. También pueden decidir el modo de administrar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

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

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) y todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificado (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B y todos los beneficios de Medicaid (QMB+).

Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan para Integra Harmony (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Integra Harmony (HMO SNP) se encuentra disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, Nassau, New York y Queens.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un período especial de inscripción que le permitirá cambiarse al plan de Medicare original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva área.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda 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 Ciudadano estadounidense y residente legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o residir legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los centros de servicios de Medicare y

Medicaid) notificará a Integra Harmony (HMO SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. Integra Harmony (HMO SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención médica cubierta y los medicamentos recetados

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba servicios cubiertos por dicho plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa qué aspecto tendrá la suya:

 Plan: Integra Harmony (HMO SNP) ID: XXXXXXXXXXXX Medicaid CIN: XXXXXX RxBin: 012312 RxPCN: PARTD RxGrp: H120500# Issuer: (80840) Member: Jane Doe PCP: [Insert PCP Name]  CMS- H1205 001	<p>MEMBERS: Call 1-877-388-5195. TTY: 711. Hours are 8 am to 8 pm seven days a week from October 1 through March 31 and Monday through Friday from April 1 through September 30. In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>PROVIDERS: This ID Card does not guarantee member eligibility or payment. Call Provider Customer Service at 1-877-388-5195 to confirm eligibility and obtain authorization PRIOR to rendering service.</p> <p>Electronic Claims: Integra Payer ID: 45302</p> <p>Paper Claims: Integra Managed Care C/O RelayHealth, 1564 Northeast Expressway, Mail Stop HQ 2361, Atlanta, GA 30329</p> <p>Pharmacy Help Desk: 1-833-459-4422</p>
--	---

Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **usted no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigación clínica rutinarios y servicios de cuidados paliativos). Se le puede solicitar que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si llega a necesitarla en el futuro.

Aquí verá por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Integra Harmony (HMO SNP) 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 de inmediato a Servicios de Atención al Miembro y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.2	<i>El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan</i>
--------------------	---

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de nuestros proveedores de la red y proveedores de equipos médicos duraderos. También contiene una lista de las farmacias de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro sitio web www.integramanagedcare.com contiene la lista más reciente de proveedores.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado proveer los medicamentos recetados cubiertos a nuestros miembros del plan.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, debe recibir atención y servicios médicos de parte de proveedores de la red. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (en general, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Integra Harmony (HMO SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

¿Por qué debe saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para ubicar la farmacia de la red que desea usar. Nuestro sitio web www.integramanagedcare.com contiene un directorio actualizado de proveedores y farmacias. También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos por correo un directorio de proveedores y farmacias. **Revise el directorio de proveedores y farmacias 2020 para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede solicitar a Servicios de Atención al Miembro mayor información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones. Además, puede solicitar

información sobre cualquier cambio en nuestra red de farmacias. También puede ver el directorio de proveedores y farmacias en www.integramanagedcare.com o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios de Atención al Miembro como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Integra Harmony (HMO SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le informa cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *Integra Harmony (HMO SNP)*.

Además, la Lista de medicamentos le informa si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.integramanagedcare.com) o llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

Cuando usted utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos recetados estipulados en la Parte D. Este informe resumen se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que ha gastado, u otros en su nombre, en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El capítulo 5 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda mayor información sobre la *Explicación de Beneficios* y la forma en que puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Si lo solicita, también tiene a su disposición un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Integra Harmony (HMO SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

La prima mensual para Integra Harmony (HMO SNP) cuesta \$36.60. **No obstante, debido a que usted tiene Medicaid y califica para la “ayuda Adicional”, no debe pagar ninguna prima del plan.**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría costar más

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor a la indicada en la sección 4.1. A continuación se describe esta situación.

- A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez, o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más cuando no tenían una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), podrá recibir la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Algunos socios 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, así como tener las Partes A y B de Medicare. En el caso de la mayoría de los miembros de Integra Harmony (HMO SNP), 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, usted debe continuar pagando dichas primas para seguir siendo miembro del plan.

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como montos del ajuste mensual según el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima.

- Si le corresponde pagar un monto adicional, será el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, quien le enviará una carta indicándole el monto adicional que debe pagar. Si se vio afectado por un evento importante y perjudicó su ingreso, pídale al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción al plan.**
- También puede visitar el sitio web <https://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También 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 personal 2020* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2020”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2020* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O también puede solicitar 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Existen varias formas de pagar la prima de su plan
--------------------	---

Si pierde su “Ayuda Adicional” y debe pagar una prima, hay dos maneras de pagar. Puede pagar con cheque o puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro al número que figura en la contraportada de este cuadernillo si desea cambiar la forma de pago de la prima de su plan.

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar la prima de su plan a tiempo.

Opción 1: Puede hacer el pago con cheque

Si no se está pagando la prima de su plan mediante “Ayuda Adicional”, le enviaremos una factura todos los meses. Devuelva la factura con su cheque a nombre de Integra Managed Care antes del día 25 del mes en el que recibió la factura. No extienda un cheque a nombre de Medicare. Puede acercarse para presentar el cheque o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Integra Managed Care
1981 Marcus Avenue, Suite 100
Lake Success, NY 11042|
Atte: Servicios al Miembro

Opción 2: Puede hacer que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

El pago de su prima del plan se puede descontar de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Nos complacerá atenderle en este sentido. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima de su plan se vence en nuestra oficina el día 25 de cada mes. Si no hemos recibido su prima antes del día 25, le enviaremos una notificación para informarle que se cancelará su membresía en el plan si no recibimos el pago de su prima dentro de los 30 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene inconvenientes para pagar su prima a tiempo, contacte a Servicios de Atención al Miembro para que le informen sobre los programas que pueden ayudarlo con la prima de su plan. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Si cancelamos su membresía porque no pagó la prima de su plan, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Siempre que reciba “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, continuará teniendo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba la prima que no pagó. Tenemos el derecho de apremiar el cobro de las primas que usted deba. Si en el futuro usted desea inscribirse de nuevo en nuestros planes (o en otros planes que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía por equivocación, tiene derecho a pedir que se reconsidere esta decisión presentando un reclamo. El capítulo 9, sección 11 de este cuadernillo le explica cómo presentar un reclamo. Si experimentó una situación de emergencia que estaba fuera de su control y que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando 1-877-388-5195 entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe solicitarlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finaliza su membresía.

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

No. Durante el año, no se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos información precisa sobre usted
--------------------	---

Su registro de membresía tiene la información tomada de su formulario de inscripción, el cual incluye su dirección y número telefónico. Muestra la cobertura específica de su plan y su Médico de Atención Primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan deben contar con la información correcta sobre su persona. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y los montos de costos compartidos.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Comuníquenos acerca de estos cambios:

- Cambios a su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la compensación al trabajador o Medicaid).
- Si usted tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito.
- Si ha sido internado en un hogar de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, el encargado de sus cuidados).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquier parte de esta información cambia, le solicitamos que nos lo comunique llamando a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre 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 los beneficios que le corresponden por nuestro plan. (Para obtener más información sobre la forma en que nuestra cobertura funciona cuando usted tiene otro seguro, consulte la sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos recetados de los que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si cuenta con otra cobertura que no figura en la lista, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo establecen estas leyes.

Para obtener más información sobre la forma en que protegemos la información médica personal, consulte la sección 1.4 del capítulo 8 del presente cuadernillo.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura de salud grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal”, y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Es posible que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas normas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si posee cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal depende de su empleo actual, o del empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y si usted recibe servicios de Medicare en función de la edad, la discapacidad o la enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado, y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o

si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años, y usted o cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por padecer ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que califique para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluye el seguro de automóviles).
- Daños a terceros (incluye el seguro de automóviles).
- Beneficios por neumoconiosis (enfermedad del pulmón negro).
- Compensación a trabajadores.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de Medicare o de los planes de salud grupales de empleadores.

Si tiene un seguro médico adicional, comuníquese a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero, o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2.

*Números telefónicos y recursos
importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Integra Harmony (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo hacerlo con Servicios de Atención al Miembro en el plan)	20
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	29
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP) (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	31
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare)	32
SECCIÓN 5	Seguro Social	33
SECCIÓN 6	Medicaid (programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	34
SECCIÓN 7	Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar por los medicamentos recetados	37
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	41

SECCIÓN 1 Contactos de Integra Harmony (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo hacerlo con Servicios de Atención al Miembro en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios de Atención al Miembro de nuestro plan

Para recibir asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios de Atención al Miembro de Integra Harmony (HMO SNP) .
Estaremos encantados de asistirle.

Método	Servicios de Atención al Miembro: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Servicios al Miembro 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB	<p>www.integramanagedcare.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 sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura respecto de su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre su atención médica: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
FAX	1-516-321-4639
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Servicios al Miembro 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB	www.integramanagedcare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está realizando una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Apelaciones acerca de la atención médica: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
FAX	1-516-321-4639
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Departamento de Apelaciones y Reclamos 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB	www.integramanagedcare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está realizando un reclamo relacionado con su atención médica

Usted puede realizar un reclamo sobre nuestro servicio o sobre uno de nuestros proveedores de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior, sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja con respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos acerca de la atención médica: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
FAX	1-516-321-4639
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Departamento de Apelaciones y Reclamos 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar un reclamo sobre Integra Harmony (HMO SNP) directamente ante Medicare. Puede enviar un reclamo a Medicare en línea a través de https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

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 sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el 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 algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-844-782-7670 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7321
CORRESPONDENCIA	EnvisionRx Options Atte: Departamento de Determinación de Cobertura 2181 East Aurora Road Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.envision.promptpa.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-877-388-5195 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-516-321-4640
CORRESPONDENCIA	Integra Managed Care, Inc. Atte: Departamento de Apelaciones y Reclamos 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042
SITIO WEB	www.integramanagedcare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede realizar un reclamo sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior, sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos por medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-877-388-5195 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-516-321-4640
CORRESPONDENCIA	Integra Managed Care, Inc. Atte: Departamento de Apelaciones y Reclamos 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Integra Harmony (HMO SNP) directamente ante Medicare. Puede enviar un reclamo a Medicare en línea a través de https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Integra Harmony (HMO SNP) no tiene permitido reembolsar los beneficios cubiertos por Medicaid. Si tiene preguntas, llame a Servicios de Atención al Miembro al número que aparece arriba.

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago de las Partes C y D: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
FAX	1-516-321-4639
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Servicios al Miembro 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB	www.integramanagedcare.com

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 con discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados “CMS”). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos encontramos.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY:	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también incluye información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Ofrece información que le permite saber cuándo será elegible para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre Integra Harmony (HMO SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Integra Harmony (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para jubilados puede prestarle las computadoras para acceder a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y solicitarles la información que busca. Ellos hallarán 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 Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP) (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New York, el SHIP se denomina Programa de Consejería, Asistencia e Información sobre Seguros de Salud de New York (HIICAP).

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

Los asesores de HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender cuáles son sus derechos en Medicare, a presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare.

Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas relacionadas con los cambios entre planes.

Método	HIICAP del estado de New York. Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-800-701-0501 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
CORRESPONDENCIA	Ciudad de New York: Departamento de la Ciudad de New York para Adultos Mayores 2 Lafayette Street New York, NY 10007 www.nyc.gov/html/mail/html/maildfta.html Condado de Nassau: Departamento de Asuntos de Adultos Mayores del condado de Nassau 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hhsnassaucountyny.us
SITIO WEB	www.aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare)

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de New York, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud, a quienes les paga el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta, LLC en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención recibida.
- Si considera que el período de cobertura de su estadía hospitalaria finalizará demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) finalizarán demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC, la Organización de Mejoramiento de la Calidad del estado de New York: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
TTY:	1-866-868-2289 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORRESPONDENCIA	BFCC-QIO Program 9090 Junction Dr., Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701 Fax de apelaciones: 1-855-236-2423 Fax de otras revisiones: 1-844-420-6671
SITIO WEB	http://www.bfccqioarea1.com/

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 legales permanentes que tengan 65 años o más, o quienes padecen una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplen ciertas condiciones, califican para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar el monto adicional por su Parte D de la cobertura de medicamentos ya que tienen un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas con respecto al monto o a si su ingreso disminuyó debido a un evento que modificó su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

También es importante que llame al Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día.
TTY:	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Para inscribirse en Integra Harmony (HMO SNP), además de tener Medicare, también tiene todos los beneficios de Medicaid. Debe estar en uno de los siguientes programas para poder inscribirse en este plan:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) e incluye todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificado (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B e incluye todos los beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, puede comunicarse directamente con Medicaid del estado de New York a los números que aparecen a continuación.

Para recibir asistencia adicional, la Oficina Estatal para la Vejez (SOFA) emplea un defensor en cada condado del estado de New York. Un defensor es un representante que defiende a los residentes de las residencias de ancianos, de los hogares de ancianos y de los hogares de atención y de vida asistida. Los defensores proporcionan información sobre cómo encontrar una institución y qué hacer para obtener atención de calidad. Está capacitado para resolver problemas. Si lo desea, el defensor también puede ayudarle con los reclamos. Comuníquese con la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y luego seguir las instrucciones. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas. También puede conectarse en línea en www.icannys.org.

Método	Medicaid del estado de New York: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	Línea de Ayuda de Medicaid CHOICE de New York: 1-800-505-5678 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8:30 p. m. y los sábados, de 10 a. m. a 6 p. m. Departamento de Salud del estado de New York (reclamos): 1-866-712-7197
TTY:	TTY: 1-888-329-1541 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORRESPONDENCIA	Departamento de Salud del estado de New York Corning Tower, Empire State Plaza Albany, NY 12237
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

La Oficina Estatal para la Vejez (SOFA) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. También pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina Estatal para la Vejez (SOFA). Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-800-342-9871 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 4 p. m.
CORRESPONDENCIA	Estado de New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	www.aging.ny.gov

El programa del Defensor del Pueblo de la Oficina de Atención a Largo Plazo del Estado de New York ayuda a las personas a obtener información sobre residencias para ancianos y a resolver problemas entre las residencias para ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo del estado de New York: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-855-582-6769
SITIO WEB	http://www.ltcombudsman.ny.gov/

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y, de hecho, 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 sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

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

Si cree que está pagando un monto de costos compartidos incorrecto al surtir su receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

Envíe a Servicios de Atención al Miembro su “Mejor evidencia disponible” que demuestre que califica para recibir asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados. La “Mejor evidencia disponible” puede ser cualquiera de las siguientes:

- **Elegibilidad dual para Medicaid:** Tarjeta de Medicaid del beneficiario, documento estatal, impresión del archivo de inscripción electrónica del estado o impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid que confirme su estado activo de Medicaid. Nos aseguraremos de que la documentación demuestre que el estado de Medicaid tiene el marco de tiempo correcto para probar la Mejor evidencia disponible.
- **Medicaid Institucional:** Aviso de envío de la institución que muestre el pago de Medicaid, el documento estatal que confirme el pago de Medicaid a la institución en su nombre o impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid que muestre su estado institucional para fines de pago de Medicaid.
- **Seguro Social:** Carta de adjudicación de SSI, carta de adjudicación del solicitante de LIS, aviso de cambio, aviso de información importante o aviso de acción. Estos documentos deben estar fechados en un plazo de 15 meses a partir de la fecha de entrada en vigencia.

Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si ha pagado de más por el monto de su copago, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto

que haya pagado de más del copago o le descontaremos en futuros copagos. Si usted no le ha abonado el copago a la farmacia y esta lo contabiliza como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en representación suya, es posible que le realicemos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sean de “Ayuda Adicional”), aun así obtendrá el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan son ambos aplicados al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos para VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados de los Programas de Atención para Personas con VIH No Aseguradas, ADAP. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos, el comprobante de residencia en el estado y situación de VIH, bajos ingresos según la definición del estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia con costos compartidos de recetas de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. A fin de garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, notifique al trabajador a cargo de su inscripción en el ADAP local de cualquier cambio en el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare. Llame por teléfono a Programas de Atención para Personas con VIH No Aseguradas, ADAP al 1-800-542-2437, TTY 1-518-459-0121, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Programas de Atención para Personas con VIH No Aseguradas, ADAP, al 1-800-542-2437, TTY 1-518-459-0121, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuentos de la Brecha de Cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento pero usted piensa que debería recibirlo?

Si piensa que puede haber alcanzado la transición de cobertura y no recibió el descuento al pagar por un medicamento recetado de marca, debe revisar el siguiente aviso de la *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 los registros de sus recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si consideramos que a usted no le corresponde recibir un descuento, puede apelar. Puede obtener presentando una apelación ante el Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono están en la sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes normas para proveer cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de New York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Ancianos (EPIC).

Método	Cobertura de Seguro Farmacéutico para Ancianos (EPIC) (Programa de Asistencia Farmacéutica del estado de New York): información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-800-332-3742 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a m. a 5:00 p. m.
TTY:	1-800-290-9138 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORRESPONDENCIA	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: epic@health.state.ny.us
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios provenientes de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, también es importante que llame al Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá conversar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) los días lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los días miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY:	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

CAPÍTULO 3.

*Uso de la cobertura del plan para sus
servicios médicos*

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan	44
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	44
Sección 1.2	Normas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan	44
SECCIÓN 2	Use los proveedores incluidos en la red del plan para recibir su atención médica	46
Sección 2.1	Debe elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) para que le brinde atención y la supervise	46
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?	47
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	48
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	49
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad de atención urgente o durante un desastre	50
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	50
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios	51
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	52
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?	52
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	52
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	52
SECCIÓN 5	¿De qué forma se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	53
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	53
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? ..	54
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	55
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	55
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud cubre nuestro plan?	56
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	57
Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?	57

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener la cobertura de su atención médica. Le ofrece definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, los servicios y otra atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica cubierta por nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, qué está cubierto*).

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

A continuación definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir 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 con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y a otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otras instalaciones para atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos coordinado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red emiten la factura directamente a nosotros por la atención que le han prestado a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios, suministros y equipos de atención de la salud cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica que le corresponden se encuentran detallados en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Como plan médico de Medicare, Integra Harmony (HMO SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por el Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare original.

Integra Harmony (HMO SNP) por lo general cubre su atención médica durante el tiempo que sea necesario:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un Médico de Atención Primaria (PCP) de la red que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe escoger un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le denomina brindarle una “derivación”. Para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - No se exigen derivaciones de su PCP en casos de atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de tener una aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 2 del presente capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para acceder a la definición de atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia, consulte la sección 3 del presente capítulo.
 - Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si fueran de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la forma de obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 del presente capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores incluidos en la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1	Debe elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) para que le brinde atención y la supervise
--------------------	--

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

- ¿Qué es un PCP?

Un PCP es un profesional de atención médica que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos más adelante, usted recibirá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted recibe como socio de nuestro plan.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Los PCP se definen como médicos especializados en medicina general, medicina familiar, medicina interna, medicina del adolescente, medicina geriátrica o pediatría que han contratado a Integra Managed Care para prestar servicios a los miembros. En determinadas circunstancias, los miembros que padezcan una enfermedad crónica, degenerativa o incapacitante pueden estar autorizados para elegir a un especialista como su PCP, siempre y cuando el PCP, en consulta con Integra Managed Care, esté de acuerdo en que los servicios de un especialista de esta manera sean lo más apropiado para tratar al miembro.

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

Por lo general, verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Como explicamos a continuación, solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede recibir por su cuenta, sin comunicarse primero con su PCP.

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

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y en qué estado se encuentra esta. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP, como una derivación para consultar a un especialista.

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

En algunos casos, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación previa) del plan. Como su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar a su consultorio todos sus historiales médicos pasados. El capítulo 8 le indica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos e información personal médica.

Cómo escoger su PCP

Puede elegir un PCP utilizando el Directorio de proveedores o llamando a Servicios de Atención al Miembro.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP decida retirarse de nuestra red de proveedores, y, entonces, deberá hallar un nuevo PCP. Para cambiar su PCP, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios de Atención al Miembro si verá especialistas o recibirá otros servicios cubiertos que necesitaban la autorización o aprobación previa de su PCP (como servicios médicos domiciliarios y equipo médico duradero).

Servicios de Atención al Miembro le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención especializada y con los otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También se asegurará de que el PCP al que desea cambiar acepte pacientes nuevos. Servicios de Atención al Miembro cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio por su nuevo PCP. Todos los cambios se realizarán inmediatamente si se solicitan. Asimismo le enviarán una nueva tarjeta de membresía en la que se incluirá el nombre y número telefónico de su nuevo PCP.

Si usted es miembro de nuestro plan y está recibiendo un tratamiento con un proveedor que abandona la red de Integra Harmony (HMO SNP), puede continuar atendiéndose con su proveedor hasta por 90 días. Su proveedor debe acordar un monto de pago con nosotros, seguir nuestras políticas de calidad y proporcionarnos información médica sobre su atención.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin la aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los servicios detallados a continuación sin recibir la aprobación previa de su PCP.

- Atención ginecológica de rutina, que incluye examen de los senos, mamografías preventivas (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice en un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos de forma temporaria, por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Los servicios de diálisis renal que reciba de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios de Atención al Miembro antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera de su área). Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

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

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

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

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica de la mujer, que se explica más adelante en esta sección. **Si no tiene una derivación (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios por su cuenta. Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la derivación (aprobación por adelantado) que recibió de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.**

Qué hacer si necesita autorización previa:

Para recibir algunos servicios, es necesario contar con autorización previa del plan. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa. Por lo general, obtiene autorización previa a través de su Médico de Atención Primaria o especialista. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorización Previa del plan para dialogar sobre sus necesidades de servicios. El plan entonces notificará a usted y a su médico de la determinación. El número de teléfono para solicitar autorización previa se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

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

Durante el año podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay muchas razones por las que su proveedor podría retirarse de su plan; pero si su médico o especialista lo hiciera, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible por notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan, así tendrá tiempo de escoger un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor, o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está dejando su plan, por favor comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que administre su servicio de atención.

Para recibir ayuda, llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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

Puede recibir servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas circunstancias. Por ejemplo, cuando surge una emergencia, o necesita atención urgente cuando está fuera del área (se incluyen servicios de diálisis), cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles durante un desastre, o cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en la red. Excepto en el caso de una emergencia, debe recibir autorización previa para todos los servicios que prestan los proveedores fuera de la red. El proveedor es responsable de obtener la autorización. Para recibir ayuda, llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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

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

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

Una “**emergencia médica**” se produce cuando usted u otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, un lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita la aprobación ni una derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, normalmente dentro de las 48 horas siguientes. Para notificarnos de una emergencia, llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios en el capítulo 4 del presente cuadernillo.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le provean la atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer seguimiento a la atención que recibe. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Luego de finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidados de seguimiento para asegurarse de que su condición continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red,

intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya afirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe dicha atención adicional de una de las siguientes maneras:

- Si se dirige a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – *O bien* – si la atención adicional que recibe se consideran “servicios que se necesitan con urgencia” y sigue las normas para recibir dicha atención (para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios que se necesitan con urgencia”?

Los “servicios que se necesitan con urgencia” son una enfermedad, una lesión o una afección médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La afección inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicios del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o usted no puede acceder a ellos, y no es razonable esperar para que obtenga la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a los servicios que se necesitan con urgencia, comuníquese con su PCP o vaya al centro de atención de urgencia más cercano.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Cuando se encuentre fuera del área de servicios y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia, ni ningún otro tipo de atención que se reciba fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre
--------------------	--

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 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: <https://www.fema.gov/disasters> para conocer 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 al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted podrá 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 le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

Integra Harmony (HMO SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid.

Si ha pagado sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Integra Harmony (HMO SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. Si necesita un servicio que no está cubierto por el plan, antes de pagar el costo del servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por Medicaid.

Integra Harmony (HMO SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Se enumeran en el cuadro de beneficios del plan (este cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este cuadernillo) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del costo total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si le pagaremos cualquier servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si la cubriremos antes de recibirla. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si la respuesta es negativa, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) hallará más información sobre los pasos que seguir si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión ya tomada. También puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después que ha usado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios no se considerará para un máximo de desembolso personal. Puede llamar a Servicios de Atención al Miembro cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿De qué forma se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

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

Una vez que Medicare ha aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en este se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúne los

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

requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y, además, comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte de dicho estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **necesita comunicarnos su decisión antes de comenzar a participar en él.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para avisarle que usted participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre qué pagará su plan.

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

- Alojamiento y alimentación para una estancia hospitalaria por la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte 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 con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que obtiene como parte de un estudio de investigación clínica. Después de que Medicare haya pagado su parte por el costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre los costos compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que usted pagaría si nuestro plan le brindara dichos servicios.

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

A continuación, le presentamos un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que se somete a un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos además que sus costos compartidos por este análisis es de \$20 según Original Medicare, pero sería de solo \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, es decir, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Junto a su solicitud, deberá enviarnos una copia de su avisos de resumen de Medicare u otra documentación que describa los servicios que recibió como parte del estudio. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de 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 esté probando, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio aún si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinde a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios proporcionados solo con el fin de recolectar datos y que no se usan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica usualmente requiere solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

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

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que brinda atención para una afección que, por lo general, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería

especializada. Si recibir tratamiento en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar ofreceremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se brinda como servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos brindados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud cubre nuestro plan?
--------------------	---

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal donde afirme oponerse de forma consciente a recibir tratamiento médico que sea “no objetado”.

- La atención o tratamiento médico “no objetado” es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico “objetado” es aquella atención o tratamiento médico que recibe y que *no es voluntario o es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que recibe en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe por parte de nuestro plan está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se proporcionan en un centro, tenga en cuenta lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos por atención como paciente hospitalizado o atención de un centro de enfermería especializada.
 - – Y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para paciente hospitalizado. Consulte el cuadro de beneficios en el capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Integra Harmony (HMO SNP), no adquirirá los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no lo adquirirá sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos realizados por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar otros 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras usted era parte de nuestro plan no se tomarán en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco se tomarán en cuenta para llegar a los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4.

*Cuadro de Beneficios (qué está
cubierto)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1	Explicación de los servicios cubiertos.....	60
Sección 1.1	No paga nada por sus servicios cubiertos	60
Sección 1.3	Nuestro plan tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios	60
Sección 1.4	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?	61
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para averiguar qué tiene cubierto	61
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan.....	61
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Integra Harmony (HMO SNP)?	97
Sección 3.1	Servicios no cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP) que están cubiertos por la tarifa de Medicaid por servicio	97
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	106
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare).....	106

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en cuáles son los servicios cubiertos. Incluye un cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Integra Harmony (HMO SNP). También incluye un cuadro de servicios a los que puede acceder a través de Medicaid. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos no cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos

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

En caso de que no reciba más Medicaid, deberá pagar los beneficios de este plan. Los costos de estos beneficios están incluidos en el cuadro de beneficios. Para comprender esos costos, debe conocer los tipos de costos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (La sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan).
- Un "**copago**" es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios en la sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro cada vez que reciba el servicio de atención médica. (El cuadro de beneficios en la sección 2 le brinda más información sobre sus coseguros).

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

Mientras continúe siendo elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare con Medicaid, no tiene deducibles. Si no recibe más Medicaid, el plan tiene un monto deducible de \$1,408 por período de beneficios para cobertura de hospitalización para pacientes hospitalizados y atención de salud mental para pacientes hospitalizados. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo total de la atención de hospitalización para pacientes hospitalizados y atención de salud mental para pacientes hospitalizados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (el monto del coseguro) por el resto del período de beneficios.

Sección 1.4	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?
--------------------	---

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

Si no recibe más Medicaid, debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite para la cantidad que debe pagar de desembolso personal cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan (consulte el cuadro de beneficios médicos en la sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal para servicios médicos.

Como miembro de Integra Harmony (HMO SNP), lo máximo que tendrá que pagar de desembolso personal por los servicios en 2020 es \$6,700. Los montos que usted paga por deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos se incluyen en este monto máximo de desembolso personal. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para calcular el monto máximo de desembolso personal. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se toman en cuenta para calcular su monto máximo de desembolso personal. Estos servicios se identifican en la columna derecha del cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de desembolso personal de \$6,700, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para averiguar qué tiene cubierto
------------------	---

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	---

El cuadro de beneficios en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP). Los servicios enumerados en el cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El capítulo 3 ofrece más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un Médico de Atención Primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina brindarle una “derivación”. El capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el cuadro de beneficios con un asterisco.

Aspectos importantes para tener en cuenta sobre nuestra cobertura:


- Nuestro plan cubre los beneficios de Medicare, que incluyen atención médica y medicamentos recetados. Usted también es elegible para Medicaid; por lo tanto, Medicaid paga todos los costos compartidos en su nombre. La tarifa de Medicaid por servicio también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los servicios domiciliarios y comunitarios y los servicios odontológicos preventivos, a los que puede acceder por fuera de nuestro plan. Aunque no cubrimos sus beneficios de Medicaid, podemos ayudarlo a coordinar los servicios a los que tiene derecho a través de Medicaid.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual *Medicare y usted 2020*. Véalo en línea <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- También cubrimos, sin cargo para usted, todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare que no acarrearán costos.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2020, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses que nuestro plan considera elegibilidad continua, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos pagando las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado de New York sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
- **Mientras continúe siendo elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no pagará por los servicios enumerados en el cuadro de**




beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. Se pueden obtener beneficios adicionales a través de la tarifa de Medicaid por servicio al utilizar su tarjeta de identificación de Medicaid. Esos beneficios no están cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP), pero podemos ayudar a coordinarlos para usted.







Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.


Cuadro de beneficios



Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes con riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una derivación para este por parte de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección.
*Servicios de ambulancia <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aéreos de ala fija o ala rotativa y servicios de ambulancia terrestres al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si se transporta a un miembro cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Se aceptan el transporte en ambulancia que no sea de emergencia si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los viajes en ambulancia cubiertos por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios que no son de emergencia</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<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 en base a su estado de salud y a los factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haberse realizado este examen para tener cobertura de visitas de bienestar anuales “Bienvenido a Medicare” después de tener Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de contraer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detección de pérdida ósea o determinación de calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No existe coseguro, copago o deducible para las mamografías preventivas cubiertas.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca comunes.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), controlar su presión sanguínea y darle algunos consejos sobre alimentación saludable.	No existe coseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
 Prueba de detección de enfermedad cardiovascular 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).	No existe coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Se cubren exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si usted es una paciente con alto riesgo de contraer cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y los resultados de su examen de Papanicolaou fueron anormales en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	No existe coseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Pap y pélvicos cubiertos por Medicare.
*Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones 	Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo. Se exige autorización previa.


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años.</p> <p>Para personas con alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 24 meses <p>Para personas sin alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No existe coseguro, copago o deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por enemas opacos. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa para los enemas opacos.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios odontológicos</p> <p>Por lo general, los servicios odontológicos preventivos (como la limpieza, los exámenes odontológicos de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Medicare cubre ciertos servicios odontológicos integrales limitados que usted recibe mientras está en el hospital. Además, cubrimos los siguientes beneficios odontológicos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas: solo códigos seleccionados de restauración única: 1 cada 60 meses por diente. • Servicios principales de odontología restauradora: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. • Terapia de conducto radicular: solo códigos seleccionados: 1 de por vida por diente. • Periodoncia: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por cuadrante. • Puentes de dentadura postiza parciales fijos: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. • Coronas para retenedores de dentadura postiza parciales fijas: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los beneficios odontológicos integrales cubiertos por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios de odontología restauradora, endodoncia, periodoncia, prostodoncia y otra cirugía oral/maxilofacial</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p> Examen de detección de cuadros depresivos</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión cada año. El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de control y/o referencias.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para una consulta de prevención de depresión anual.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre elevada (glucosa). Las pruebas también pueden estar incluidas en la cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Sobre la base de los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear los niveles de glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, así como soluciones para control de la glucosa que sirven para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándares que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se incluye bajo ciertas condiciones. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por capacitación en autocontrol de diabetes, servicios y suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el capítulo 12 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o andadores.</p> <p>Los beneficios de Medicaid del plan cubren el DME, que son dispositivos y equipos que no son aparatos protésicos u ortopédicos que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden soportar el uso repetido durante un período prolongado • Se utilizan principalmente y habitualmente para fines médicos • En general, no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y, por lo general, se ajustan, diseñan o moldean para el uso de una persona en particular. <p>Con este documento de <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de Integra Harmony (HMO SNP). La lista le indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.</p> <p>En general, Integra Harmony (HMO SNP) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otros proveedores nos confirmen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Integra Harmony (HMO SNP) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola por hasta 90 días. Durante este tiempo, debería consultar con su médico para decidir que marca será médicamente apropiada para usted pasado este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para obtener una segunda opinión.)</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por el equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare y los suministros relacionados. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el capítulo 9: <i>Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos].</i>)</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, un lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención de emergencia. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe recibir su atención para pacientes hospitalizados fuera de la red autorizada por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio de Medicare realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También se cubren \$500 por oído para la compra de audífonos cada 3 años.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por servicios de audición. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>El plan pagará hasta \$500 por oído para la compra de audífonos cada 3 años.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>*Atención de una agencia de salud domiciliaria</p> <p>Antes de recibir servicios médicos domiciliarios, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos domiciliarios y ordenar que sean realizados por una agencia de atención médica domiciliaria. Usted debe permanecer en casa, lo que significa que salir de ella requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o de un asistente para la salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (cubierto según el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios especializados de enfermería y asistente para la salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención de una agencia de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor• Atención de relevo a corto plazo• Atención domiciliaria <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y otros servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal:</u></p> <p>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Mientras participe en el programa del centro de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios que ellos pagan.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Integra Harmony (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)	
<p><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó 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 de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.• Si obtiene servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, solo paga el monto de costos compartidos en virtud del pago por servicio de Medicare (Original Medicare)	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP), pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> Integra Harmony (HMO SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga su monto de costos compartidos para estos servicios.</p>	
<p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Para más información, consulte el capítulo 5, sección 9.4 (<i>Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>)</p>	
<p>Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención no relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias.• Vacuna contra la Hepatitis B, si posee riesgo intermedio o alto de contraer esta enfermedad.• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos ciertas vacunas bajo nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	No existe coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Atención de hospitalización para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye atención para pacientes hospitalizados críticos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería regular. • Costos de unidades de atención especial (como de terapia intensiva o unidades de atención coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias. 	<p>Cubrimos hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria por cada período de beneficios. Nuestro plan también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención brindada en un hospital de atención de pacientes críticos o en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención de hospitalización para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. De lo contrario, paga el siguiente costo compartido por admisión:</p> <p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
*Atención de hospitalización para pacientes hospitalizados (continuación)	<p>Días 91 y después: Coseguro de \$704 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios. (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida, usted es responsable de todos los costos.</p> <p>No se le cobrará costos compartidos adicionales por los servicios profesionales.</p>



Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención del paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios en forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Integra Harmony (HMO SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y su acompañante. Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. Servicios de médicos 	<p>Se exige autorización previa para admisiones electivas, no admisiones de emergencia. Sin embargo, se recomienda al médico/centro de admisión que se comunique con Integra lo antes posible después de una admisión de emergencia para garantizar la atención adecuada posterior a la estabilización y la planificación del alta. Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para su ingreso formal en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.


También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran de una estancia hospitalaria. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a la atención salud mental para pacientes hospitalizados brindada en una unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Cubrimos hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria por cada período de beneficios. Nuestro plan también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención brindada en un hospital de atención de pacientes críticos o en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. De lo contrario, paga el siguiente costo compartido por admisión:</p> <p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)</p>	<p>Días 91 y después: Coseguro de \$704 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios. (hasta 60 días a lo largo de su vida). Se exige autorización previa.</p>
<p>*Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estancia del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos algunos servicios que usted recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia como paciente hospitalizado. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis), o que se hayan sometido a un trasplante de riñón que ha sido ordenado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP se cubrirán a los beneficiarios de Medicare que califiquen en virtud de planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento de salud que provee capacitación práctica en el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de la pérdida de pesos sostenida y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infiltrados mientras recibe los servicios médicos, como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos administrados a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministran a través de una inyección, si usted padece de hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estuviera inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado en su casa, o si tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos oncológicos orales y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis a domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina en caso de que sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades inmunodeficientes primarias. <p>En el capítulo 5, se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de obesidad y terapia para lograr pérdida de peso sostenida <p>Si usted tiene un índice de masa corporal superior a 30, cubrimos la ayuda y orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. La orientación se cubre si se le brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Converse con su médico de atención primaria o su especialista para averiguar más datos.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas y la terapia de la obesidad.</p>
<p>*Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los servicios para el tratamiento de trastornos por uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento con agonistas y antagonistas opiáceos, y la entrega y administración de dichos medicamentos, si aplica. • Asesoramiento sobre uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios del programa de tratamiento con opioides. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales técnicos.• Suministros quirúrgicos, como vendajes.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Pruebas de laboratorio.• Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Observación en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios en hospitales que determinan si debe ser ingresado como un paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para cubrir los servicios de observación para pacientes ambulatorios en hospital, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y la situación deberá ser razonable y necesaria. Los servicios de observación solo serán cubiertos bajo la solicitud de un médico u otro individuo autorizado por la ley estatal de licencias y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la observación en el hospital para pacientes ambulatorios. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en el Departamento de Emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin él se requeriría tratamiento como paciente hospitalizado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>



Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por atención en el hospital para pacientes ambulatorios. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en distintos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>*Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se somete a una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor para saber si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, será paciente ambulatorio y pagará los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en hospitales para pacientes ambulatorios y servicios quirúrgicos ambulatorios. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos aprobados de venta libre se pueden obtener en la mayoría de las farmacias o mediante nuestro programa de pedidos por correo.</p>	<p>La prestación máxima por mes por monto de la cobertura de beneficios del plan para artículos OTC es de \$100.</p> <p>La prestación OTC de \$100 no se puede transferir de mes a mes.</p> <p>Algunos productos sanitarios pueden estar disponibles para usted a través de Medicaid al utilizar su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para comprobar si necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, una institución de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por las visitas al médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa para los servicios especializados.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos o especialistas, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chequeos breves virtuales (p. ej., por teléfono o videochat) de 5 a 10 minutos con su médico: <u>si</u> usted es un paciente fijo y el chequeo virtual no está relacionado con una visita al consultorio efectuada durante los 7 días anteriores ni conlleva a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o en la cita disponible más próxima. • Evaluación a distancia de videos o imágenes pregrabadas que usted envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento de este dentro de un período de 24 horas: <u>si</u> usted es un paciente fijo y el chequeo virtual no está relacionado con una visita al consultorio efectuada durante los 7 días anteriores ni conlleva a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o dentro de la cita disponible más próxima. • Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o en la evaluación del registro de salud electrónico: <u>si</u> usted es un paciente fijo. • Una segunda opinión a cargo de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o a las estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de piezas dentales con el fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en enfermedades neoplásicas o los servicios que estarían cubiertos al ser brindados por un médico). 	
<p>*Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</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 espón calcáneo). • Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan los miembros inferiores 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios de podología. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA). 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los exámenes de detección de cáncer de próstata. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa para los exámenes rectales digitales.</p>
<p>*Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención en colostomías, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en este capítulo).</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por dispositivos protésicos y suministros relacionados. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir 4 sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o especialista calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, cubrimos LDCT cada 12 meses</p> <p>Los miembros elegibles son aquellas personas entre 55 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos 30 paquetes al año de tabaco y que actualmente fuman o han dejado de fumar al menos en los últimos 15 años, que reciben una indicación escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea brindado por un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón después del examen de detección LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para una prueba de detección de LDCT, que puede ser brindada durante cualquier visita adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y la toma de decisiones compartidas cubiertas por Medicare o para el LDCT.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un Médico de Atención Primaria ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales al año, de 20 a 30 minutos de duración, de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un Médico de Atención Primaria y si tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de ITS cubierto por Medicare y el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>*Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los socios tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si está hospitalizado para recibir cuidado especial). • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para que usted y cualquier otra persona pueda ayudarlo en sus tratamientos de diálisis domiciliarios). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte B, consulte la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios para tratar enfermedades renales. De lo contrario, paga el 20% del costo.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>* Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (La definición de “centro de enfermería especializada” se incluye en el capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”). No se requiere estancia hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o usted o alguien más debe donar la sangre. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio que por lo general son realizadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que por lo general son realizados por los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas que, por lo general, son proporcionados por los SNF. • Servicios médicos/especializados <p>En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, en determinadas condiciones enumeradas a continuación, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o comunidad de atención continua para adultos mayores donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando brinde una atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted sale del hospital. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención en un centro de enfermería especializada (SNF). De lo contrario, usted debe pagar (este es el monto del costo compartido de 2019 y puede cambiar para 2020. Proporcionaremos tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen):</p> <p>Días 1 a 20 de un período de beneficios: Copago de \$0 Días 21 a 100: Copago de \$176 por día Días 101 y posteriores: no están cubiertos por Medicare.</p> <p>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren hasta 100 días por cada período de beneficios. No se exige una estancia en el hospital previa de 3 días. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un periodo de beneficios, se inicia uno nuevo.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se lo ha diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>La SET puede estar cubierta durante más de 36 sesiones durante 12 semanas, por un total de 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la terapia de ejercicios supervisada (SET). De lo contrario, paga el 20% del costo.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.</p> <p>El costo compartido por los servicios que se necesitan con urgencia que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta solo dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por los servicios de urgencia. De lo contrario, paga el 20% del costo por cada servicio, hasta un máximo de \$65 por visita.</p>
<p> *Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y condiciones médicas del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares (si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • El plan cubre hasta \$100 por un par de anteojos cada año. 	<p>Mientras mantenga su elegibilidad para Medicaid, pagará \$0 por la atención oftalmológica cubierta por Medicare.</p> <p>De lo contrario paga el 20% del costo.</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista no están cubiertos.</p> <p>El plan cubre hasta \$100 por anteojos cada año.</p> <p>Se exige autorización previa.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye un revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para otra atención adicional, si fuera necesario. ¡Importante! Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se aplica coseguro, copago o deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Integra Harmony (HMO SNP)?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP) que están cubiertos por la tarifa de Medicaid por servicio

Los siguientes servicios no están cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP), pero están disponibles para usted a través de Medicaid:

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, incluidos los servicios de rehabilitación y por abuso de sustancias	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos. Hasta 365 días al año (366 días para años bisiestos)
Salud mental para pacientes hospitalizados que excede el límite de por vida de 190 días	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos. Todos los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias por encima el límite de por vida de 190 días de Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Cubre los días que exceden el límite de 100 días de Medicare. No se requiere hospitalización previa. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Atención médica domiciliaria	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Atención de enfermería especializada, servicios de asistencia de atención domiciliaria y servicios de rehabilitación intermitentes y medicamento necesarios. También incluye servicios de atención médica domiciliaria no cubiertos por Medicare (por ejemplo, servicios de asistencia médica domiciliaria con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables) o servicios de asistencia médica domiciliaria según lo requiera un plan de atención aprobado. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Visitas al consultorio del PCP	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Visitas al consultorio del especialista	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Servicios quiroprácticos	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se mueven fuera de posición). Copago de \$0 por los servicios cubiertos.

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Servicios de podología	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen la atención de rutina de los pies brindada por proveedores calificados cuando su condición física representa un peligro debido a la presencia de una enfermedad localizada, una lesión o síntomas que involucren al pie, o cuando se realiza como una parte necesaria e integral de servicios cubiertos como el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones.</p>
Salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Cubre visitas de terapia individual y grupal.</p> <p>El afiliado puede autoderivarse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p>
Cuidado en abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Cubre visitas de terapia individual y grupal.</p> <p>El afiliado puede autoderivarse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p>
Cirugías/servicios ambulatorios	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Visitas médicamente necesarias a un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Servicios de ambulancia	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>El transporte brindado por un servicio de ambulancia, incluido el transporte de ambulancia aérea. El transporte de emergencia es para el propósito de obtener servicios hospitalarios para un inscripto que tiene una enfermedad grave, que amenaza la vida o potencialmente incapacitante, que requiere el suministro de servicios de emergencia mientras el afiliado es trasladado. Incluye el transporte a la sala de emergencias de un hospital generado por un "llamado al 911".</p>
Atención de emergencia	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Cuidado necesario con urgencia	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están limitadas a veinte (20) visitas por terapia por año, excepto para menores de 21 años, o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que tiene discapacidades del desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Equipo médico duradero	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Cubre los equipos médicos duraderos, incluidos los dispositivos o aparatos ortopédicos que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principalmente y habitualmente para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión; y están por lo general ajustados, diseñados o confeccionados para el uso de un individuo en particular. Debe ser solicitado por un médico calificado. En el caso de personas confinadas en casa, no existe prerrequisito e incluye DME que no sean de Medicare cubiertos por Medicaid (por ejemplo, banquito de la tina, barras de apoyo).</p>
Dispositivos protésicos	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Cubre prótesis, órtesis y calzado ortopédico cuando sea médicamente necesario.</p>
Capacitación para autocontrol, terapia de nutrición y suministros para la diabetes	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Medición de la masa ósea	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Exámenes de detección de problemas colorrectales	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Inmunizaciones	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Mamografías	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Papanicolaou y exámenes pélvicos	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Exámenes de detección de cáncer de próstata	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos.
Medicamentos recetados	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Copago de \$0 por medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare. NYS Medicaid brinda cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios solo para una lista limitada de medicamentos recetados. Todos los demás medicamentos recetados deben obtenerse a través de los beneficios de la Parte D de Integra.
Servicios de audición	Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Nuestro plan paga hasta \$500 cada tres años por audífonos por año. Medicaid tiene una cobertura adicional más allá de lo que cubre nuestro plan: selección, adaptación y dispensación de audífonos, controles de audífonos después de la dispensación de audífonos, evaluación de conformidad y reparación de audífonos.

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Atención oftalmológica	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare, así como servicios de atención ocular de emergencia, preventivos y de rutina. La atención ocular incluye los servicios de oftalmólogos, optometristas y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de inventario o hecho a medida), ayudas para visión disminuida y servicios para visión disminuida. La cobertura de la atención ocular incluye el reemplazo de anteojos perdidos o destruidos.</p>
Examen físico de rutina	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>
Servicio privado de enfermería	<p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Los servicios de enfermería privados que brinda una persona que posea licencia y registro vigente del Departamento de Educación del Estado de NY para ejercer como enfermero profesional registrado o enfermero práctico con licencia. Se pueden brindar los servicios de enfermería privados a través de una agencia de atención médica a domicilio certificada y aprobada, de una agencia de atención a domicilio con licencia o de un médico privado. La ubicación de los servicios de enfermería puede estar en el domicilio del miembro.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Transporte - Rutina	<p>Copago de \$0 por viajes a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Los gastos de transporte están cubiertos cuando el transporte es esencial para que un miembro obtenga la atención médica y los servicios necesarios que están cubiertos por el programa Medicaid. Servicios de transporte significa transporte en ambulancia, ambulette, transporte de ala fija o avión, vehículos para personas inválidas, taxi, taxi de alquiler, transporte público u otros medios apropiados para la condición médica del miembro; y un acompañante de transporte para acompañar al miembro, si es necesario. Tales servicios pueden incluir el transporte, las comidas, el alojamiento y el salario del acompañante de transporte; sin embargo, no se pagará ningún salario a un acompañante de transporte que sea miembro de la familia del miembro.</p>
Odontología	<p>Integra cubre servicios de odontología restauradora, endodoncia, periodoncia, prostodoncia y otra cirugía oral/maxilofacial.</p> <p>Medicaid cubre la atención preventiva, profiláctica y otras atenciones odontológicas, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral (cuando no está cubierta por Medicare) y prótesis dentales y aparatos ortopédicos necesarios para aliviar una afección médica grave, incluida una que afecta la inserción laboral.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Descripción de la cobertura de Medicaid
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmulas enteral y parenteral y baterías para audífonos	<p>Cubre deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Por lo general, estos artículos se consideran de un solo uso, los artículos consumibles se pagan de forma regular dentro de la categoría DME de la tarifa Medicaid por servicio.</p> <p>La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales está limitado a cobertura únicamente nasogástrica, yeyunostomía o alimentación por sonda de gastrostomía.</p> <p>La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales para personas que no pueden alimentarse a través de ningún otro medio, y las siguientes tres condiciones: 1) personas que se alimentan a través de una sonda y que no pueden masticar o tragar alimentos y deben alimentarse mediante fórmula a través de una sonda; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que necesitan fórmulas médicas específicas para incorporar nutrientes esenciales no disponibles a través de otros medios; y 3) niños que necesitan fórmulas médicas debido a factores atenuantes en el crecimiento y desarrollo. La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos deben incluir productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contengan proteína modificada.</p>
Nutrición	<p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión periódica de los planes nutricionales, la provisión de educación interna al personal de la agencia de salud, así como consultas sobre problemas dietarios específicos de pacientes y enseñanza de nutrición a pacientes y familias. Un nutricionista calificado debe prestar estos servicios.</p>
Servicios médicos sociales	<p>Copago de \$0 por los servicios cubiertos.</p>

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos". Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo en condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro que aparece abajo, excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en el cuadro a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hemos tomado referida a la no cobertura de un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9 en el presente cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el cuadro de beneficios o en el cuadro que aparece abajo.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que, a criterio de nuestro Plan y de Original Medicare, en forma general no tiene la aceptación de la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
*La atención supervisada es atención provista en una residencia de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no requiere atención médica o de enfermería especializada.	✓	
Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, incluida la preparación de comidas o las tareas domésticas livianas.	✓	
Honorarios cobrados por la atención por sus parientes inmediatos o integrantes de su vivienda.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos.		✓ <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo. • Cobertura de todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, incluso para la mama no afectada, con el fin de lograr un aspecto simétrico.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Atención dental que no sea de rutina.		✓ La atención odontológica requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.
Atención podológica de rutina.		✓ Se provee cierta cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas a domicilio.	✓	
Zapatos ortopédicos.		✓ Si los zapatos forman parte de un arnés para las piernas y están incluidos en el costo del arnés, o los zapatos son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Exámenes de audición de rutina o exámenes para ajustar audífonos.	✓	✓ Cobertura de \$500 para audífonos cada tres años.
Exámenes de rutina de la vista, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión disminuida.		✓ El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para los miembros después de una cirugía de cataratas. También se cubre el uso de anteojos hasta \$125 por año.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos de venta libre.	✓	
Acupuntura.	✓	
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*La atención supervisada es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda a realizar las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	113
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	113
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	114
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	115
Sección 2.1	Para que su receta sea cubierta, use una farmacia de la red.....	115
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red.....	115
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	116
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	117
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	118
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	120
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" le dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	120
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?.....	121
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	122
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	122
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	122
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	123
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría?	124
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría	124
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	125
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	127
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	127
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?.....	127

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

SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	129
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura.....	129
SECCIÓN 8	Mostrar la tarjeta de membresía del plan para surtir una receta médica	131
Sección 8.1	Mostrar la tarjeta de membresía.....	131
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva consigo la tarjeta de membresía?	131
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	131
Sección 9.1	¿Qué sucede si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializado por una estancia que está cubierta por el plan?	131
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?	132
Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados?	132
Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	133
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de y administración de medicamentos	134
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura	134
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de manera segura sus medicamentos opioides.....	134
Sección 10.3	Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	135

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



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y, de hecho, recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que se encuentra en el programa “Ayuda adicional”, es posible que **cierta información incluida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un adjunto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este adjunto, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**. En el próximo capítulo, se le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D (capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Integra Harmony (HMO SNP) también cubre algunos medicamentos que se encuentran dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, por lo general, cubre los medicamentos que usted recibe durante estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. El capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*) describe los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también sus beneficios y costos de los medicamentos recetados de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos recetados de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos en virtud del beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para más información, consulte la sección 9.4 (*Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*). Si desea más información

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

sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar usted*).

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid.

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta médica.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamo de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. En caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (se denomina “Lista de medicamentos” en su forma abreviada). (Consulte la sección 3. *Sus medicamentos recetados deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento recetado debe ser utilizado para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan****Sección 2.1 Para que su receta sea cubierta, use una farmacia de la red**

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

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

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

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una receta nueva o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que usted utiliza normalmente abandona la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o consultar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.integramanagedcare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el domicilio. Consulte en nuestro Directorio de proveedores y farmacias para conocer las farmacias que suministran medicamentos de farmacia para infusión en el domicilio o llame a Servicios de

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

Atención al Miembro si necesita ayuda para encontrar una farmacia para infusión en el domicilio.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como una residencia de ancianos) cuentan con farmacias propias. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de la red de farmacias de LTC que es, por lo general, la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios de Atención al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expiden medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario no debería ser muy frecuente).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son aquellos que utiliza regularmente para tratar una afección médica crónica o de larga duración. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están indicados como **medicamentos “pedidos por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que solicite **un suministro para 90 días**.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro al número que figura en el reverso de este cuadernillo. También puede visitar el sitio web www.envisionpharmacies.com o llamar al 1-866-909-5170. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Por lo general, recibirá un pedido de la farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Si su pedido se retrasa, podemos surtir un suministro temporal en una farmacia minorista hasta que reciba el pedido por correo. Para obtener un suministro temporal, llámenos a 1-833-459-4422 y háganos saber que su pedido por correo se ha retrasado. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento recetado de inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la fórmula) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de la facturación y el envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta médica e impedir demoras en el envío.

Reposiciones en recetas de pedidos por correo. Para la reposición de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Si usted se suscribe en este programa comenzaremos a procesar su próxima reposición de la receta médica de manera automática cuando nuestros registros indiquen que debería estar próximo a quedarse sin medicamentos. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente cantidad de medicamento o este ha cambiado. Si elige no utilizar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que considere que los medicamentos que tiene disponibles se agotarán, y así asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros en línea en www.envisionpharmacies.com o llame al 1-866-909-5170. **Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 10 p. m. y los sábados de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.**

De esta manera, la farmacia puede contactarlo para confirmar su pedido antes del envío; asegúrese de hacerle saber a la farmacia los mejores métodos de contacto. Proporcionará esta información al momento de su inscripción en el programa de pedidos por correo. Para actualizar su información, ingrese en línea www.envisionpharmacies.com o llame al 1-866-909-5170. **Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 10 p. m. y los sábados de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.**

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

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

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos pedidos por correo. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de

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

medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están en la contraportada del presente cuadernillo).

2. Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están indicados como **medicamentos “pedidos por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que solicite un suministro para 90 días. Consulte la sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

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

Su receta puede ser cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. 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:

Cuando viaja o está fuera del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado de forma regular y se va de viaje, asegúrese de verificar su suministro del medicamento antes de irse. Si es posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda solicitar sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia por correo.

Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago) cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo al enviar un formulario de reclamo. Si va a una farmacia fuera de la red, quizás deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación por escrito, consulte el proceso de reclamaciones por escrito que se describe más adelante.

También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a donde viaja. Si no hay farmacias de la red en esa área, los Servicios de Atención al Miembro pueden hacer arreglos para que obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red.

Emergencias médicas o atención de urgencia necesaria

Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo total en lugar de solo pagar su copago cuando surta su receta. Puede

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

solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo al enviar un formulario de reclamación por escrito. Si va a una farmacia fuera de la red, quizás deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su receta.

Hay otras ocasiones en que puede obtener su receta cubierta si acude a una farmacia fuera de la red. Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos uno de los siguientes:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red disponible, incluidos medicamentos únicos y de alto costo.
- Si está recibiendo una vacuna que es médicamente necesaria, pero no está cubierta por la Parte B de Medicare, y algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

Si obtiene una receta en una farmacia fuera de la red por los motivos mencionados anteriormente, es posible que deba pagar el costo total en lugar de pagar solo el coseguro o el copago. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo al presentar un reclamo por escrito. Debe presentarnos un reclamo si surge una receta en una farmacia fuera de la red, ya que cualquier cantidad que pague por un medicamento cubierto de la Parte D lo ayudará a calificar para una cobertura catastrófica. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo por escrito, consulte el proceso de reclamaciones por escrito que se describe en la subsección a continuación, llamada "Cómo presentar un reclamo por escrito".

El suministro de medicamentos que se puede obtener por un proveedor de farmacia fuera de la red se limita a un suministro de 30 días y al uso de pedidos por correo durante un viaje extendido fuera del área. Los suministros de medicamentos obtenidos en un suministro de más de 30 días no estarán cubiertos. Todas las recetas obtenidas de una farmacia fuera de la red están sujetas a las limitaciones del plan en cuanto a la cobertura, así como a la administración de la utilización, como, por ejemplo, la autorización previa o notificación del plan, los límites de dosis, los límites de cantidad o los requisitos de terapia escalonada.

En estos casos, **consulte primero con Servicios de Atención al Miembro** para determinar si existe una farmacia de la red cercana. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

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

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (La sección 2.1 del capítulo 7 explica de qué manera solicitar el reembolso al plan). El plan no tiene permitido reembolsarle las recetas que obtiene a través de Medicaid.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En este cuadernillo *Evidencia de cobertura*, la llamamos "**Lista de medicamentos**" en su forma abreviada.

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la sección 1.1 explica los medicamentos recetados de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre el Programa de Farmacias de Medicaid del estado de New York, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden contactar a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York en 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre el beneficio.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo, y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médica aceptada" es cuando el uso de un medicamento cumple *alguna* de las dos opciones siguientes:

- Está autorizado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta).
- -- O -- posee el respaldo de cierta documentación de referencia. (Estos libros de consulta son el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

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

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que posee los mismos principios activos que el medicamento recetado de marca. Por lo general, es igual de efectivo que el medicamento recetado de marca y normalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos recetados de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de Medicamentos?

Los medicamentos recetados que puede obtener a través de Medicaid no están incluidos en la lista. Para obtener información adicional sobre el Programa de Farmacias de Medicaid del estado de New York, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden contactar a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York en 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre el beneficio.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que plan alguno de Medicare cubra cierto tipo de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir algún medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

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

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Verificar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos provista. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios de Atención al Miembro para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.integramanagedcare.com). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicio de Atención al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos recetados del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos****Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

En el caso de ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertas por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos recetados de la forma más efectiva. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras normas lo incentivan a tomar un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las normas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de los medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 para obtener más información sobre la forma de solicitar excepciones).

Por favor tenga en cuenta que un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicar sobre la base de factores como el impacto, la cantidad o el formulario del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg, una vez al día comparado con dos veces al día, tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos recetados de la forma más efectiva. Las secciones siguientes le informarán sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Restricción de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento recetado de marca, y usualmente su costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le**

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

proporcionarán la versión genérica. Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted, o nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su costo compartido sea mayor para el medicamento recetado de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama **“autorización previa”**. A veces el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento.

Trate de usar primero un medicamento diferente

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar un medicamento diferente primero se llama **“terapia escalonada.”**

Límites de cantidad

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

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

La Lista de medicamentos recetados del plan incluye información sobre las restricciones mencionadas anteriormente. Para saber si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.integramanagedcare.com).

Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si el medicamento que usted desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse

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

con Servicios de Atención al Miembro para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 para obtener más información sobre la forma de solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría?

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

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que actualmente toma o uno que su proveedor considera que debería tomar, que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que está en esta, pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección 4, existen ciertas normas adicionales que establecen restricciones para el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, puede desear que lo eximamos de la restricción.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que lo fuera.
- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este, consulte la sección 5.2 para saber cuáles son los pasos que debe seguir.

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

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estos son algunos de los pasos que debe seguir:

- Adquirir un suministro temporal del medicamento (solo socios en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su proveedor tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Cambiarlo por otro medicamento.
- Puede pedir una excepción y solicitar que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones que existen sobre el medicamento.

Quizás pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en la Lista de medicamentos, o cuando posee algún tipo de restricción. Esto le brinda tiempo para consultar a su proveedor sobre el cambio de cobertura y para determinar los pasos a seguir.

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- O -- el medicamento que ha estado tomando ahora tiene **algún tipo de restricción** (la sección 4 de este capítulo le informa cuáles son las restricciones).

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para 30 días como máximo. Si su receta médica está hecha por menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede facilitar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).

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

- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y permanecen en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta ha sido emitida por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento recetado de la forma que usted lo desea. Si su proveedor afirma que usted posee motivos médicos que lo justifican, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si no está incluido en la Lista de medicamentos. O puede solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informan cuáles son los pasos que debe seguir. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de forma pronta y justa.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno 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 se producen al inicio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos recetados de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos, incluidos los nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos retirar un medicamento recetado de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están en la contraportada del presente cuadernillo).

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

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento recetado de marca)**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión recién aprobada del mismo medicamento genérico, el cual aparecerá en el mismo nivel o uno menor de costos compartidos y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento recetado de marca.
 - Usted o el profesional que expide la receta médica pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento recetado de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).
 - Si toma el medicamento recetado de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en 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 se lo retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando un medicamento, le informaremos lo antes posible si se produce un cambio de este tipo.
 - Su médico también sabrá sobre este cambio, y pueden trabajar juntos para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos recetados de la Lista de Medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o un

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

aviso sobre la modificación junto con un reabastecimiento para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que expide la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o el profesional que expide la receta médica pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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

- Si establecemos una restricción en su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento recetado de la Lista de medicamentos.

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, a un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca o a otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como costos compartidos hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no observe ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante verificar la nueva Lista de medicamentos por cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

Esta sección describe qué tipo de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no pagará estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos enumerados en esta sección. La única excepción: Si se determina que el medicamento solicitado en una apelación no está excluido por la Parte D y nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado con respecto a la no cobertura de un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9 en el presente cuadernillo). Si el

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

medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted será quien deba pagarlo.

Hay tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que será cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado en la etiqueta. El “uso fuera de lo indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
 - Por lo general, la cobertura para el “uso fuera de lo indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso tiene el respaldo de cierta documentación de referencia. Estos libros de consulta son el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos textos de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de lo indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran debajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, usted puede cubrir algunos de estos medicamentos con la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información sobre el Programa de Farmacia de Medicaid del estado de New York, consulte https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden contactar a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York en 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre el beneficio.

Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta libre).

- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso.

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

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Mostrar la tarjeta de membresía del plan para surtir una receta médica

Sección 8.1 Mostrar la tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red de su elección. Al mostrar su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos compartidos de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al retirar su receta médica.

Cuando tenga una receta médica que está cubierta por Medicaid, pero por nosotros, asegúrese de mostrar en la farmacia su tarjeta de identificación de Medicaid.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo la tarjeta de membresía?
--

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al surtir su receta médica, deberá solicitar que se llame al plan desde la farmacia para conseguir la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta médica al retirarla.** (Luego puede **solicitar** el reembolso de la parte que nos corresponde. Consulte la sección 2.1 del capítulo 7 para obtener información sobre la forma de solicitar un reembolso al plan). No se permite que el plan le reembolse los medicamentos cubiertos por Medicaid.

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializado por una estancia que está cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializado para una internación cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Una vez que sea dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumplan todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para

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

obtener cobertura de medicamentos. El capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los teléfonos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

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

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento recetado de la manera que usted lo desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informan cuáles son los pasos que debe seguir.

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

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, **comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Por lo general, si actualmente tiene empleo, nuestra cobertura de medicamentos recetados será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre "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 siguiente 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 usted podría necesitarlos en un futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de su cobertura acreditable por parte de su empleador o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?
--------------------	--

Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar retrasos al recibir medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por el plan, puede solicitar al proveedor del centro de cuidados paliativos o al profesional que expide la receta médica de asegurarse de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las normas 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 medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de y administración de medicamentos

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

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos recetados de nuestros miembros para garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para miembros que poseen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos potenciales problemas como lo siguiente:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para usted debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser dañinas si se toman simultáneamente.
- Recetas médicas emitidas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades (dosis) no seguras de analgésicos opiáceos.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de manera segura sus medicamentos opiáceos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opiáceos con receta médica u otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceo que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de mal uso o abuso de sus opiáceos o

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

medicamentos con benzodiazepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opiáceos o benzodiazepina de una farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que consideramos deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y el profesional que receta médica tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre la forma de solicitar una apelación.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen diferentes afecciones médicas, toman varios medicamentos al mismo tiempo o toman medicamentos recetados de alto costo.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa ayuda a garantizar que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas pueden recibir servicios a través del Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle una explicación integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los medicamentos recetados de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de “Bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de

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

medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información al respecto. Si usted decide no participar, debe notificarnoslo para que lo retiremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6.

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	140
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	140
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede tener por medicamentos cubiertos ...	141
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentra cuando lo obtiene.....	141
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Integra Harmony (HMO SNP)?	141
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	142
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")	142
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	143
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted pagará el costo completo de sus medicamentos	144
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos	144
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	145
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta.....	145
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un <i>mes</i> de un medicamento	145
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes	146
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	147
Sección 5.5	Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$6,350	148
Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal por medicamentos recetados	149
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.....	152
Sección 7.1	Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año	152

SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga	152
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de darle la vacuna	152
Sección 8.2	Es posible que desee comunicarse con nosotros en Servicios de Atención al Miembro antes de recibir una vacuna	154



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y, de hecho, recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que se encuentra en el programa “Ayuda adicional”, **es posible que cierta información incluida en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplique en su caso.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este adjunto, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a los medicamento recetados de la Parte D. Como se explica en el capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D; algunos de ellos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos en la Parte A o Parte B de Medicare o bajo Medicaid.

Para comprender la información sobre los pagos que le brindamos en este capítulo, debe conocer los aspectos básicos de los medicamentos cubiertos, en qué lugares surtir sus recetas médicas y qué reglas seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. A continuación, los materiales que explican estos aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (recetario) *del Plan*.** Para hacerlo más sencillo, la denominamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com. La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

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

- **Capítulo 5 del presente cuadernillo.** El capítulo 5 explica los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe seguir al recibir dichos medicamentos cubiertos. El capítulo 5 también enumera los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.
- **El directorio de farmacias/proveedores del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el capítulo 5 para más detalles). El *directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede tener por medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para entender la información de pago en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos de desembolso personal que debe realizar por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres maneras en las que usted puede pagar.

- **"Deducible"** es el monto que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar.
- **"Copago"** significa que paga un monto fijo cada vez que surta una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que paga un porcentaje del total del costo del medicamento cada vez que surta una receta médica.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentra cuando lo obtiene
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Integra Harmony (HMO SNP)?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago del medicamento" para su Parte D de Medicare *cobertura de medicamentos recetados por parte de Integra Harmony (HMO SNP)*. La cantidad que paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentre en el momento en que surta o reponga una receta.

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

Etapa 1 <i>Etapa de transición de cobertura</i>	Etapa 2 <i>Etapa de transición de cobertura</i>	Etapa 3 <i>Etapa de transición de cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Dado que recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Durante esta etapa, usted pagará el costo completo de sus medicamentos.</p> <p>Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos (\$435 es el monto de su deducible).</p> <p>(Hay más detalles 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>Permanecerá en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" acumulados del año (sus pagos más cualquier pago del Parte D del plan) alcancen los \$6,350.</p> <p>(Hay más detalles en la sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Dado que recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Durante esta etapa, pagaría 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 permanecería en esta etapa hasta que sus "costos de bolsillo" (sus pagos) alcancen un total de \$6,350. Este monto y las normas para contabilizar los costos para alcanzar este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Hay más detalles en la sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020).</p> <p>(Hay más detalles en la sección 7 de este capítulo).</p>

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

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

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De

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

este modo, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago por medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo de **“desembolso personal”**.
- Llevamos un registro de su **“costo total de medicamentos”**. Este es el monto que paga como desembolso personal o que otros pagan por usted, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan, durante el mes anterior. Este informe incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas médicas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan ha pagado y lo que otros han pagado por usted.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “acumulada del año”. Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta.** Para asegurarse de que nosotros sepamos qué recetas médicas está surtiendo y el monto que paga, muestre su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta médica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted paga por algunos medicamentos recetados, y no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso personal, usted puede facilitarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha adquirido. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague su parte del costo de ese medicamento. Para obtener las instrucciones de cómo hacerlo, consulte la sección 2 del capítulo 7 del presente cuadernillo). A continuación, algunos tipos de situaciones en las que es aconsejable que nos facilite copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que contamos con un registro completo de lo que ha gastado en sus ellos:
 - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

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

- Cuando realiza un copago por medicamentos que se suministran como parte de un programa de asistencia del fabricante del medicamento al paciente.
- En cualquier momento que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o cuando haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por algunos individuos y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de sus costos de desembolso personal y ayudan a que usted pueda calificar para recibir la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia, un programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las sociedades de beneficencia se computan en los costos de desembolso personal. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que nosotros hagamos lo propio con sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, léala con cuidado para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

No se permite que el plan le reembolse los medicamentos que consigue a través de Medicaid.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted pagará el costo completo de sus medicamentos

Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos
--------------------	--

Como la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. **Si usted recibe "Ayuda Adicional", esta etapa de pago no aplica a usted.**

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando adquiere su primera receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto deducible del plan, que es de \$435 dólares. **Usted paga el costo total de sus medicamentos** hasta que haya alcanzado el deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

- Su “costo total”, por lo general, es más bajo que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para muchos medicamentos.

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

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$435 por sus medicamentos, abandona la etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

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

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

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

Sus opciones de farmacias

Lo que paga por un medicamento recetado dependerá del lugar donde lo obtenga:

- En una farmacia minorista que se encuentra dentro de la red de nuestro plan.
- En una farmacia que no se encuentra en la red del plan.
- En la farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

- “**Copago**” significa que paga un monto fijo cada vez que surta una receta médica.
- “**Coseguro**” significa que paga un porcentaje del total del costo del medicamento cada vez que surta una receta médica.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

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

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en el cuadro, usted pagará el precio menor por ese medicamento. Usted pagará *o* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red.

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

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener los detalles, consulte el capítulo 5). (suministro de hasta 30 días)
Medicamentos genéricos	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional
Todos los demás medicamentos	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional

Sección 5.3

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de menos de un mes de medicamentos. Puede haber momentos en los que le pida a su médico que le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes (por ejemplo, cuando está usando medicamentos por primera vez, que es cuando tiene efectos secundarios

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

importantes). Si su médico receta un suministro para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo de determinados medicamentos.

La cantidad que paga en estas circunstancias dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo del medicamento) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta médica es para un suministro de medicamentos mensual o solo para algunos días. Sin embargo, ya que el costo entero de los medicamentos es más bajo si usted obtiene un suministro para menos de un mes, usted *pagará* menos.
- Si es responsable por un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días de medicamentos que reciba. Calcularemos el monto que pagará por su medicamento por día (el “costo compartido diario”) multiplicado por el número de medicamentos diarios que recibe.
 - Por ejemplo: digamos que su copago para un suministro mensual por medicamentos (por 30 días) es de \$30. Quiere decir que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si usted recibe un suministro de medicamentos por 7 días, entonces su pago será de \$1 multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que el medicamento le funciona bien antes de tener que pagar el suministro completo de un mes. También puede solicitarle a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro para menos de un mes de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de diferentes medicamentos recetados, para que pueda ir menos veces a la farmacia. El monto que pagará dependerá de la cantidad de días de suministro.

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre el lugar y la forma de obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la sección 2.4 del capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que debe pagar cuando tiene un suministro a largo plazo (90 días) por un medicamento.

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

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

Nivel	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)
Medicamentos genéricos	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$1.30 o \$3.60, según el nivel de ayuda adicional
Todos los demás medicamentos	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional	\$0, \$3.90 o \$8.95, según el nivel de ayuda adicional

Sección 5.5	Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$6,350
--------------------	---

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que surtió y reabasteció alcanza el límite de **\$6,350 para la etapa de cobertura inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted ha pagado a lo que el plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha comprado desde que realizó su primera compra de medicamentos en el año. (Consulte la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso personal). Esto incluye lo siguiente:
 - Los \$435 que pagó cuando estaba en la etapa de deducible.
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si estuviera inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2020, el monto que ese plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también cuenta como parte de sus costos totales por medicamentos).

Usted permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de desembolso personal alcancen los \$6,350. Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que *no*. (Vea la sección 3 para más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal). Cuando alcance un límite de desembolso personal de \$6,350, dejará la brecha de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

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

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite de \$6,350 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto límite de desembolso personal de \$6,350. Cuando alcance este monto, usted dejará la etapa de cobertura Inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

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

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que *no*. Cuando alcance un límite de desembolso personal de \$6,350, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

A continuación presentamos las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos el seguimiento de sus costos de desembolso personal por los medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso personal.

Cuando suma sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5 de este cuadernillo):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si **es usted** quien realiza estos pagos, se tomarán en cuenta para sus costos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* si *ciertas personas u organizaciones* los realizan por usted. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las beneficencias, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o por los Servicios de Salud para Indios Americanos.

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

También se incluyen los pagos realizados a través del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen por usted) hayan gastado un total de \$6,350 en concepto de costos de desembolso personal en el transcurso del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso personal.

Cuando suma sus costos de desembolso personal, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de cobertura por Medicare.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos recetados de marca o genéricos durante la brecha de cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de empleadores.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos de Guerra.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros bajo obligación legal de pagar por los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, una compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas paga una parte o todo el costo de desembolso personal de sus medicamentos, es obligatorio que lo informe a nuestro plan. Para hacerlo, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

¿Cómo puede realizar un seguimiento de su total de desembolso personal?

- **Nosotros lo ayudaremos a hacerlo.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (en la sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando alcanza un total de \$6,350 en costos de desembolso personal en el transcurso del año, este informe le indicará que ha dejado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

¿Cómo puede realizar un seguimiento de su total de desembolso personal?

- **Nosotros lo ayudaremos a hacerlo.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (en la sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando alcance un total de \$[inserte el umbral de desembolso personal 2020] en costos de desembolso directo para el año, este informe le indicará que ha dejado el [insertar según corresponda: Etapa de cobertura inicial O etapa de brecha de cobertura:] y haya pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Calificará para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso personal hayan alcanzado el límite de \$6,350 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de darle la vacuna
--------------------	--

Nuestro plan provee 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 en el capítulo 4, sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.

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

- La segunda parte de la cobertura corresponde al **costo de administrarle la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Qué debe pagar 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** (la enfermedad contra la que se inmuniza).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura respecto a estas vacunas en el capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos recetados de la Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtener la medicación de la vacuna.**
- 3. Quién proporciona la vacuna.**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, tendrá que pagar todo el costo de la vacuna en sí y el medicamento de esta. Puede solicitarle a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o su aplicación, pagará solamente su parte del costo.

Para ver cómo funciona esto en la práctica, le presentamos tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se aplica la vacuna en la farmacia de la red. (Esto será una opción según su lugar de residencia. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Al recibir la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7 de este cuadernillo (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una*

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

factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos).

- Se le reembolsará el monto pagado, menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración), y cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre 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 se la administrarán.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará todo el costo de este servicio. Luego puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos descritos en el capítulo 7 del presente cuadernillo.
- Se le reembolsará el monto que el médico le cobró por administrar la vacuna.

Sección 8.2**Es posible que desee comunicarse con nosotros en Servicios de Atención al Miembro antes de recibir una vacuna**

Las reglas de cobertura para las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que, siempre que piense en aplicarse una vacuna, llame primero a Servicios de Atención al Miembro. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

- Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos un reembolso

CAPÍTULO 7.

*Solicitarnos que paguemos una
factura que recibió por los servicios
médicos o los medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	157
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	157
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido	159
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	159
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no.....	160
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento	160
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	160
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	161
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear los costos de desembolso personal de sus medicamentos.....	161

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

Los proveedores de nuestra red facturan al plan directamente por sus servicios o medicamentos cubiertos; no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (esto también se llama “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando haya pagado por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos el monto de los servicios o medicamentos.

A continuación presentamos algunos ejemplos de situaciones en las cuales quizás necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse una factura que ha recibido.

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

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, forme parte de nuestra red o no. Cuando reciba atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos realizados.
- En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor donde se le solicita un pago que usted considera no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos ya realizados.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le paguemos los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y realizó un desembolso personal por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, seguramente la farmacia no podrá enviarnos la reclamo directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta médica. (Cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo la tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de una receta médica cuando descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía, o que a su criterio no se aplica en su caso. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe cubrirse o no. A esto se lo conoce como "decisión de cobertura". Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 del presente cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

Integra Harmony (HMO SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los servicios cubiertos por Medicaid.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos por correo a la siguiente dirección:

Integra Managed Care
Atención: Servicios al Miembro
1981 Marcus Ave, Suite 100
Lake Success, NY 11042

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si recibe facturas y no sabe

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

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 le responderemos sí o no**Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos brinde más información. En caso contrario, analizaremos su solicitud para tomar una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtenerlos, pagaremos el servicio. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso por correo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos. El capítulo 5 explica las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta donde se explicarán los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no acepta el monto que hemos pagado, puede apelar. Al apelar, estará solicitándonos que modifiquemos la decisión tomada de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre la forma de presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 del presente cuadernillo (Qué hacer si tiene algún problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, quizás le sea de utilidad leer primero la sección 5 del capítulo 9. La sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos como “apelación”. Luego de leer la sección 5, puede consultar la sección en el capítulo 9 que le indica los pasos que debe seguir para su situación:

- Si desea apelar para obtener un reembolso por un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9.

Capítulo 7. Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

- Si desea apelar para obtener un reembolso por un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear los costos de desembolso personal de sus medicamentos
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las cuales debe informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará sobre los pagos que ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudarle a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

A continuación presentamos un ejemplo de una situación en la cual debe enviarnos copias de sus recibos para informarnos sobre pagos que ha realizado por medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante del medicamento

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento que se encuentra fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de este tipo de programa, es posible que deba abonarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener actualizados sus costos de desembolso personal para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que obtiene el medicamento a través del programa de asistencia al paciente, y no a través de los beneficios de plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso personal y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

Debido a que en el caso descrito anteriormente usted no solicita un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. En consecuencia, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8.

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	164
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además del inglés o en braille o en letra grande)	164
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	165
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	165
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	166
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	168
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	170
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?	171
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	171
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	172
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	172

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además del inglés o en braille o en letra grande)
--------------------	---

Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente a usted, por favor comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este documento está disponible sin cargo en español. También podremos brindarle la información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan, que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente a usted, por favor comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles al 1-212-416-8250.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Integra Harmony (HMO SNP) comunicándose con 1-877-388-5195. (TTY: 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse al 1-877-388-5195 para obtener información adicional.

Para obtener nuestra información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podremos brindarle la información en braille, en letra grande o en 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 adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles al 1-212-416-8250.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Gerente de Apelaciones y Quejas de Integra Harmony (HMO SNP) al 1-877-388-5195 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos

Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195 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 Médico de Atención Primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (en el capítulo 3 se explica más sobre esto). Llame a Servicios de Atención al Miembro para verificar qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin referencia.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a surtir o reponer sus medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras largas.

Si piensa que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D en un período de tiempo razonable, la sección 11 del capítulo 9 del presente cuadernillo le informa qué pasos puede seguir. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no acepta nuestra decisión, la sección 5 del capítulo 9 le informa qué pasos puede seguir).

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo establecen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos entregó al inscribirse en este plan, así como su historial médico y otra información de salud y médica.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la forma en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar su historial médico.

- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información médica a personas que no le brindan atención médica ni pagan por ella, *nuestra obligación es solicitar su autorización por escrito antes de hacerlo*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones en las que no se requiere que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarles su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga la información con fines de investigación, o para otros usos, esto se llevará a cabo conforme las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información de sus registros y saber si otras personas han accedido a ella

Tiene derecho a ver su historial médico archivado por el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historial médico. Si nos lo solicita, trabajaremos junto a su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse estos cambios.

Tiene derecho a saber si otras personas han tenido acceso a su información médica por otros motivos que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Integra Harmony (HMO SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explica en la sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en braille o en letra grande).

Si desea que le brindemos alguno de los tipos de información que se mencionan a continuación, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan,

incluidas las calificaciones de los miembros del plan y su posición respecto a 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 brindemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el directorio de proveedores de Integra Harmony (HMO SNP).
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de Integra Harmony (HMO SNP).
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla.**
 - En los capítulos 3 y 4 del presente cuadernillo, le explicamos qué servicios médicos abarca su cobertura, todas las restricciones que se aplican a ella y qué normas debe seguir para recibir servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este cuadernillo, y también la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informarán qué medicamentos están cubiertos y le explicarán las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, por favor llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- **Información sobre el motivo por el cual algo no posee cobertura y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento recetado de la Parte D no está cubierto en su caso, o si su cobertura posee algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento recetado de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el medicamento recetado de la Parte D que esté cubierto en su caso, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión mediante una apelación. Para obtener detalles sobre los pasos que debe seguir si algo no está cubierto en la forma que, a su criterio, debería estarlo, consulte el capítulo 9 del presente

cuadernillo. Allí se brindan los detalles sobre la forma en que puede apelar si desea que modifiquemos nuestra decisión. (El capítulo 9 también le informa cómo puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitar que nuestro plan pague su parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el capítulo 7 del presente cuadernillo.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma en que usted la pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto a sus médicos en determinar cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, más allá de su costo o del hecho de que estén cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre programas que nuestro plan ofrezca para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y los usen en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a recibir información sobre todos los riesgos involucrados en su atención médica. Si cualquier tipo de atención o tratamiento médico forma parte de un experimento de investigación, debe recibir esta información por adelantado. Siempre tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar su medicamento, aceptará toda la responsabilidad por lo que le suceda a su organismo como resultado de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor se ha negado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. El capítulo 9 del presente cuadernillo le informa cuáles son los pasos que debe seguir para solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones médicas por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decidir qué desea que suceda si llegara a encontrarse en una situación de ese tipo. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas**”. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres que las designan. Los documentos denominados “**testamentos vitales**” y “**poder legal para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para definir sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar una instrucción anticipada, debe obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde haya obtenido este formulario, recuerde que es un documento legal. Deberá considerar pedir a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas indicadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombró en el formulario como la que tomará decisiones si usted no puede. Quizás también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

Si sabe con antelación el momento en que será hospitalizado, y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es hospitalizado, se le preguntará si ha firmado una instrucción anticipada y si la trae consigo.
- Si no la ha firmado, el hospital posee formularios de instrucciones anticipadas disponibles, y se le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde que es su decisión completar una instrucción anticipada o no (incluido el hecho de firmar una cuando se encuentre en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede 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:

Departamento de Salud del Estado de New York
Oficina de Certificación y Vigilancia de Cuidados Administrados
Unidad de Reclamos de Cuidados Administrados
OHIO DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237-0062
1-800-206-8125

managedcarecomplaint@health.ny.gov

Línea de denuncias del Hospital del Departamento de Salud del Estado de New York:
1-800-804-5447

Oficina de Conducta Médica Profesional - Línea de Denuncias Médicas: 1-800-663-6114

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicios cubiertos, el capítulo 9 del presente cuadernillo le indica los pasos que seguir. Le ofrece los detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para resolver un problema o inquietud depende de cada situación. Es posible que tenga que solicitarle al plan que tome una decisión de cobertura para su caso, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **nosotros tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su oficina de derechos civiles local.

¿Si se trata de otra cosa?

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema:

- Puede **comunicarse con Servicios de Atención al Miembro** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- O, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **comunicarse con Servicios de Atención al Miembro** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Usted puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones en virtud de Medicare”. (La publicación está disponible en el siguiente enlace: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación, se mencionan pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice el presente cuadernillo de Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que abarca la cobertura en su caso y sobre las normas que debe seguir para acceder a sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos qué servicios están cubiertos, qué servicios no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
 - En los capítulos 5 y 6 puede encontrar detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o medicamentos recetados además de nuestro plan, es su obligación comunicárnoslo.** Para hacerlo, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
 - Estamos obligados a seguir normas establecidas por Medicare y Medicaid para garantizar que usted esté usando toda su cobertura en combinación al recibir los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**”, ya que involucra la coordinación de beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con el resto de los beneficios de salud y de medicamentos disponibles para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la sección 7 del capítulo 1).
- **Comuníquese a su médico y a otros proveedores de atención de salud que es socio de nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y la tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Para que sus médicos y los otros proveedores puedan ayudarlo, bríndeles información, hágales preguntas y lleve un registro de su atención médica.**
 - Para que sus médicos y demás proveedores le brinden la mejor atención médica, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre su persona y su estado de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico han acordado.

- Asegúrese de que sus médicos estén actualizados respecto a los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos recetados de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en preguntar. Se supone que sus médicos y el resto de sus proveedores de salud deben explicarle las cosas de tal manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le brindan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de realizar estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Integra Harmony (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando dichas primas para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo). El capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamentos no cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, deberá 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 del presente cuadernillo para obtener información sobre la manera de presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener la cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D por tener un ingreso más alto (como indica su última declaración de impuestos), debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda, deberá comunicárnoslo.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Comuníquese con Servicio de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El capítulo 1 le indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que puede unirse a cualquier plan de Medicare en su nuevo lugar de residencia. Podemos hacerle saber si tenemos un plan en su nueva área de residencia.

- Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todos modos deberá **comunicárnoslo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- También es importante que llame al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios) si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto para estas organizaciones en el capítulo 2.
- **Llame a los Servicios de Atención al Miembro para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o inquietud.** También esperamos que nos comunique cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números telefónicos y el horario de atención de Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo.
 - Para obtener más información sobre la forma de 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)*

ANTECEDENTES		179
SECCIÓN 1	Introducción.....	179
Capítulo 1.1.	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	179
Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales?.....	179
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros	180
Sección 2.1	Dónde obtener información y asistencia personalizada.....	180
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿a qué procesos debe recurrir?	181
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?.....	181
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>		182
SECCIÓN 4	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>.....	182
Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar reclamos?.....	182
SECCIÓN 5	Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	183
Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: perspectiva general.....	183
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	184
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación? ..	185
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	185
Sección 6.1	Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reintegremos el costo de su atención	186
Sección 6.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea).....	187
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 tomada por nuestro plan).....	191

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2	195
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reintegremos una factura que recibió por atención médica?.....	197
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	198
Sección 7.1	Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el costo de un medicamento de la Parte D	198
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	200
Sección 7.3	Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones ..	202
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	202
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	206
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	209
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura para una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, cree que el médico le otorga el alta demasiado pronto	211
Sección 8.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare en donde se le informarán sus derechos	212
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	213
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	216
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?	218
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto.....	221
Sección 9.1	<i>Esta sección incluye solo tres servicios:</i> Atención médica domiciliaria, atención en centros especializados de enfermería y servicios de centros de rehabilitación ambulatoria integral(CORF)	221
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuando su cobertura esté pronta a finalizar	222
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	223
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	225
Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?	227

SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	230
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico	230
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de los medicamentos de la Parte D.....	231
SECCIÓN 11	Cómo realizar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos	233
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de reclamos?	233
Sección 11.2	El nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja"	236
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar reclamos	236
Sección 11.4	También puede hacer un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad	237
Sección 11.5	También puede contarle a Medicare sobre su reclamo	238
PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>	238
SECCIÓN 12	Abordaje de sus problemas acerca de los beneficios de <u>Medicaid</u>	238

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Capítulo 1.1. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que usted usará para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema se refiere a beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si opta por el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, debe usar **el proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar **el proceso para realizar un reclamo**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el manejo justo y pronto de sus problemas, cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe usar? La guía incluida en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado para usted.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos técnicos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más sencillas, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente se refiere a "realizar un reclamo" en lugar de "presentar una queja", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación en riesgo"; y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente". También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones bastante importante) que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa al tratar su problema, así como para obtener

la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales al brindarle los detalles para resolver tipos de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener información y asistencia personalizada
--

En ocasiones, puede ser confuso iniciar o llevar adelante el proceso para tratar un problema. Este puede ser el caso especialmente si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, es posible que usted no cuente con el conocimiento que necesita para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de personas no relacionadas con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores 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 procesos debe usar para tratar su problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre los pasos que hay que seguir.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el capítulo 2, sección 3, y al final de este cuadernillo.

Medicare también puede brindarle ayuda e información

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Medicaid puede brindarle ayuda e información

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con Medicaid del estado de New York. Para obtener información de Medicaid, puede comunicarse con el Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-505-5678, TTY 1-888-329-1541.

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿a qué procesos debe recurrir?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?

Debido a que tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, existen diferentes procesos a los que puede recurrir para resolver su problema o reclamo. Para saber qué proceso utilizar, deberá determinar si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si opta por el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro a continuación.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si está relacionado con uno o con otro problema con Medicare o Medicaid, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro). Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 4, “Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase a la **sección 12** de este capítulo: **“Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamos sobre **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare**, use el siguiente cuadro:

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

(Esto incluye problemas para determinar si determinados procedimientos de atención médica o medicamentos recetados están o no cubiertos, la modalidad de dicha cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Diríjase a la siguiente sección del presente capítulo, **Sección 5, “Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase a la **Sección 11** de este capítulo: **"Cómo realizar un reclamo sobre la calidad de servicio, los tiempos de espera, los servicios al cliente y otros aspectos"**.

SECCIÓN 5 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: perspectiva general

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos los problemas de pago. Este es el proceso que debe usar para problemas tales como determinar si algo está cubierto o no, y la manera en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que abarca su cobertura y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que le brinda atención médica o si lo deriva a un especialista. Usted, o su médico también, puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a brindarle atención médica que usted considera que es necesaria. En otras palabras, si usted necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.

En algunos casos, podremos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o si Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura que a usted no le satisface, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros analizamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación será gestionada por otros revisores, que no serán los que tomaron la decisión desfavorable original. Luego de completar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura acelerada" o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos de forma total o parcial su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 está a cargo de una organización independiente que no posee

relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Le avisaremos si este fuera el caso. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, existe la posibilidad de continuar con varios niveles más de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea obtener ayuda? A continuación le presentamos algunos recursos que quizás desee usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con Servicios de Atención al Miembro** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (consulte la sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud en su representación.**
 - Por atención médica, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su representación. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser nombrados como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expide la receta médica puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su representación. Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro profesional que expide la receta médica deben ser nombrados como su representante.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su representación.** Si lo desea, puede nombrar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación.
 - Es posible que existan personas que ya posean la autorización legal para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si usted desea nombrar a un amigo, un familiar, a su médico o a otro proveedor como su representante, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.) El formulario le concede permiso a esa

persona para que lo represente. Usted y la persona que desea nombrar como representante deben firmarlo. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe como su representante.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos indicados. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, le detallamos cada una en una sección separada:

- Consulte la **sección 6** de este capítulo. “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- Consulte la **sección 7** de este capítulo. “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- Consulte la **sección 8** de este capítulo. “Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto”
- Consulte la **sección 9** de este capítulo. “Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de ciertos servicios médicos si a su criterio su cobertura finaliza demasiado pronto” (*solo se aplica a los siguientes servicios*: atención médica domiciliaria, atención en centro de enfermería especializado y servicios de centros de rehabilitación ambulatoria integral [CORF])

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tal como su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (la sección 3 del capítulo 2 del presente cuadernillo incluye los números telefónicos de este programa).

SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
------------------	---



¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.

Sección 6.1	Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reintegremos el costo de su atención
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 del presente cuadernillo: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*. En términos simples, por lo general nos referimos a “cobertura de atención médica” o a “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica, o tratamientos o servicios” en cada oportunidad. El término “atención médica” incluye aquellos artículos médicos y los servicios, así como los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas aplican para solicitar un medicamento recetados de la Parte B. Para estos casos, le explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para artículos médicos y servicios.

Esta sección le indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe un tipo de atención médica determinada que desea y considera que está cubierta por el plan.
 2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea que usted reciba y considera que esa atención está cubierta por el plan.
 3. Ha recibido atención médica o servicios que considera que están cubiertos por el plan, pero nos hemos negado a pagarlos.
 4. Ha recibido y pagado por atención médica o servicios que considera que están cubiertos por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por ellos.
 5. Se le comunica que la cobertura de algún tipo de atención médica que ha estado recibiendo (y que nosotros hemos aprobado en el pasado) se reducirá o se interrumpirá, y considera que reducir o detener esta atención podría traer consecuencias adversas para su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF),** debe leer una sección distinta de este capítulo, ya que se aplican normas especiales para estos tipos de atención. A continuación, le detallamos qué documentación debe consultar en estas situaciones:
 - Capítulo 9, sección 8: *Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, sección 9: *Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de ciertos servicios médicos si, a su criterio, su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).

- En el caso de *todas las demás* situaciones que implican una notificación de suspensión de la atención médica que recibe, use esta sección (sección 6) como guía para conocer los pasos a seguir.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esa situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la próxima sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita reconsiderar nuestra decisión). Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos el reembolso de la atención médica o los servicios que ya ha recibido y pagado?	Puede 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 solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)
--------------------	--

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si por motivos de salud, necesita una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales

La “decisión de cobertura acelerada” también se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles de cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro del plazo de 14 días calendario** después de recibida la solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si la solicitud se relaciona con un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta dentro del plazo **de 72 horas** después de recibida la solicitud.

- **Sin embargo**, para solicitudes **de artículos o servicios médicos**, podemos tardar **hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo, o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder este en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo.)

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro del plazo de 72 horas, si la solicitud se relaciona con un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas.**
 - **Sin embargo**, para solicitudes de **artículos o servicios médicos**, podemos tardar **hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta cierta información que podría beneficiarlo (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para suministrarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo). Le llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya ha recibido).
 - Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si el médico le indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente 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 amerita que le otorguemos dicha decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).
 - Esta carta también le explicará que, en caso de que su médico solicite la decisión de cobertura rápida, automáticamente accederemos a otorgarle una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también incluirá información sobre cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos nuestra respuesta.

Plazos para las decisiones de cobertura "rápidas"

- Por lo general, para las decisiones de cobertura rápida relacionadas con solicitudes de artículos o servicios médicos, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en el plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No

podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder este en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese plazo), o en 24 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. La sección 6.3 a continuación le explica cómo hacerlo.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o a parte de lo solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que aceptamos proporcionar dentro del plazo de 72 horas después de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un artículo médico o servicio, autorizaremos o le brindaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

Plazos para las decisiones de cobertura "estándares"

- Por lo general, para las decisiones de cobertura estándares relacionadas con solicitudes de artículos o servicios médicos, le daremos una respuesta **dentro del plazo de 14 días calendario después de recibida la solicitud**. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida la solicitud.
 - En el caso de una solicitud de un artículo médico o servicio, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un periodo de tiempo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder este en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendarios (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese lapso), o en 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. La sección 6.3 a continuación le explica cómo hacerlo.

- **Si nuestra respuesta a la totalidad o parte de su solicitud es afirmativa**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en el plazo de 14 días calendario, o en el plazo de 72 horas si solicita un medicamento recetado de la Parte B, luego de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un artículo médico o servicio, autorizaremos o le brindaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (e incluso cambiemos) nuestra decisión a través de una apelación. Una apelación es otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitarnos una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “ reconsideración ” del plan.

Paso 1: Debe comunicarse con nosotros para presentar su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros para cualquier aspecto relacionado con su apelación, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Para solicitar una apelación estándar, presente apelación enviando una solicitud escrita.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).

- Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario Designación de Representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. (Para obtener el formulario, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o finalizar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimaré su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho de solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al teléfono indicado en el capítulo 2, sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para sustentar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacerlo por teléfono)

Términos legales
La “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los existentes 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 describieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos comunica que su salud requiere una “apelación rápida”, se la otorgaremos.

Paso 2: consideraremos su apelación y le brindaremos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, analizaremos nuevamente y con sumo cuidado toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de atención médica. Verificaremos para determinar si seguimos todas las normas al rechazar su solicitud.
- Si fuera necesario, recolectaremos más información. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Al utilizar los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario adicionales** si la solicitud se relaciona con un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No tardaremos tiempo adicional si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido, si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le daremos información sobre esta organización y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos automáticamente su apelación a una Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos brindarle nuestra respuesta sobre su solicitud de un artículo médico o servicio **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si esta se refiere a la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si esta se refiere a la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario adicionales** si la solicitud se relaciona con un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder este en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).
 - Si no le brindamos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido, si nos tomamos días adicionales para analizar su solicitud de un artículo médico o servicio), estamos obligados o enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a la totalidad o parte de su solicitud es afirmativa**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de 7 días** si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibida la apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos automáticamente su apelación a una Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza de forma total o parcial su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hemos seguido todas las normas al rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, significa que su apelación ingresará en el nivel siguiente del proceso de apelaciones; es decir, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, **la Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es "**Entidad de Revisión Independiente**" (IRE). En ocasiones se le denomina “IRE”.

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacerse cargo del rol de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si le han otorgado una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, la recibirá automáticamente en el Nivel 2. La organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo médico o servicio y la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, esto puede tomar **hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por 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 le han otorgado una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, la recibirá automáticamente en el Nivel 2. Si solicita un artículo médico o servicio, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo médico o servicio y la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, esto puede tomar **hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le brinda su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

- **Si la organización de revisión aprueba la totalidad o parte de su solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro del plazo de 72 horas o suministrar el servicio dentro del plazo de 14 días calendario después de recibida la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares o dentro del plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión aprueba la totalidad o parte su solicitud de medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B bajo disputa dentro del plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o dentro del plazo de **24 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización deniega de forma total o parcial su apelación**, significa que aceptan la decisión de nuestro plan en cuanto a que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella) no debe aprobarse. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la 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 atención médica que solicita debe alcanzar una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le

informará sobre cómo calcular el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar hacia el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2 se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La apelación de Nivel 3 se presenta ante un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reintegremos una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

Si desea solicitarnos un pago por atención médica, le conviene comenzar por la lectura del capítulo 7 del presente cuadernillo: *Solicitar que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos reclama el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando 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 usted pagó es un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el capítulo 3 de este cuadernillo: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago por la atención médica dentro del plazo de 60 días calendario después de recibida la solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no

pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita un pago y nos negamos a realizarlo?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá 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 descrito en la sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si usted presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación luego del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un lapso de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.

Sección 7.1	Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el costo de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Por favor consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Su medicamento recetado debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” consiste en el uso de un medicamento ya esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de

referencia. Consulte la sección 3 del capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas).

- **Esta sección trata solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento recetado de la Parte D”.
- Para más detalles sobre lo que significa “medicamentos recetados de la Parte D”, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Según se analizó en la sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D se denomina " determinación de cobertura ".

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos recetados de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicita cobertura para un medicamento recetado de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicita la renuncia a una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, si su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, pero se requiere nuestra aprobación antes de cubrirlo en su caso).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, recibirá un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esa situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos que a su criterio cumple con todas las reglas o restricciones del plan (tal como obtener la aprobación previa) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reintegremos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita reconsiderar nuestra decisión). Pase a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que realicemos 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 para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción.

En ese caso, consideraremos su solicitud. Aquí se incluyen dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas médicas nos puede solicitar que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una “ excepción del formulario ”.

- 2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos recetados de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el capítulo 5 y busque la sección 4).

Términos legales
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “ excepción al formulario ”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento recetado de marca.
 - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede obtener de determinado medicamento.

Sección 7.3	Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expide la receta médica deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que expide la receta médica cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud por una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se mantiene siempre que su médico le continúe recetando el medicamento, y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud para que realicemos una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le explica 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 pagos que necesita. Si por motivos de salud necesita una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando que le reintegremos un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide la receta médica) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte el capítulo 2, sección 1, y busque la sección *Cómo contactarnos cuando está solicitando una decisión de*

*cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D O si nos está pidiendo que le reintegremos el costo de un medicamento, vaya a la sección *Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento recibido.**

- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La sección 5 de este capítulo le indica cómo dar permiso por escrito para que otra persona actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, le conviene comenzar leyendo el capítulo 7 del presente cuadernillo: *Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reintegro de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”**. Su médico u otro profesional que expide la receta médica deben explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que solicitan. (A esto lo llamamos la “declaración de respaldo”). Su médico o el profesional que expide la receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que expide la receta médica nos pueden comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
La “decisión de cobertura rápida” también se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que conocerá nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si solicita que le reembolsemos un monto por un medicamento que ya ha comprado).
- Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si el médico u otro profesional que expida recetas médicas le indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que expide la receta), decidiremos si su salud amerita que hagamos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).
 - Esta carta también le explicará que en caso de que su médico u otro profesional que expide la receta solicite la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente la decisión de cobertura rápida.
 - Esta carta también le indicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar, en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Contiene información sobre cómo presentar un reclamo “rápido”, lo cual significa que usted recibe nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas posteriores a su recepción. (El proceso para presentar un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para las decisiones de cobertura "rápidas"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **lapso de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización externa independiente la

revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos brindarle nuestra respuesta en un **lapso de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que ya compró

- Debemos brindarle nuestra respuesta dentro de **los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** también estamos obligados a realizarle el reembolso dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente a su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Esto significa que nos estará solicitando que reconsideremos (y posiblemente modifiquemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina una "redeterminación" del plan.

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta la apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que le receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener más información sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, para cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el capítulo 2, sección 1, y busque la sección *Cómo contactarnos cuando está haciendo una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación a través de una solicitud por escrito.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o por teléfono al número indicado en el la sección 1 del capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide la receta médica pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
La “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si usted está apelando una decisión tomada por nosotros por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide la receta médica deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los existentes para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: consideraremos su apelación y le brindaremos nuestra respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificaremos para determinar si seguimos todas las normas al rechazar su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que expide la receta médica para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo apelarla.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días** calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le brindaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si a su criterio su estado de salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no tomamos una decisión dentro de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección le daremos más detalles sobre esta organización revisora y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo apelarla.
- Si solicita que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, debemos brindarle nuestra respuesta dentro **de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no tomamos una decisión dentro de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización Independiente. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud, también estamos obligados a realizarle el reembolso dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación.
- Si decide realizar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (ver la siguiente sección).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación. Si decide continuar con una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**” (IRE). En ocasiones se le denomina “IRE”.

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su apelación de Nivel 1, el aviso 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, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización revisora.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, puede solicitarle una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicitan que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de forma total o parcial su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisora.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización respalda nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la 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 del medicamento que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el 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 el requisito, deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar hacia el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que usted recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 se presenta ante un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura para una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, cree que el médico le otorga el alta demasiado pronto

Al ser hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “**fecha de alta**”.

- Cuando se ha determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada, y su solicitud será considerada. Esta sección le explica de qué manera puede hacerlo.

Sección 8.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare en donde se le informarán sus derechos
--------------------	---

Durante su estancia hospitalaria cubierta, se le proporcionará un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando lo ingresan en un hospital. Algún empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe entregarle este aviso en un plazo de dos días después de haber sido ingresado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente, y si no entiende alguna parte, pregunte.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su estancia hospitalaria y a conocer quién pagará por ella
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria
 - Su derecho a apelar la decisión de alta si cree que se le está dando de alta demasiado pronto

Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede "solicitar una revisión inmediata" . Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un demora en su fecha de alta, para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo. (La sección 8.2 a continuación le indica de qué manera puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso escrito en prueba de que lo recibió y de que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (En la sección 5 de este capítulo se describe cómo usted puede conceder permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica la fecha de su alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde una copia del aviso firmado, de modo de tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de la atención) a mano si la necesita.

- Si firma el aviso antes de dos días de su salida del hospital, recibirá otra copia antes de su alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o 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. También puede verlo en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitarnos que prolonguemos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de conocer los pasos y cumplir con los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este cuadernillo). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa la apelación. Verifica que la fecha de alta planificada sea adecuada médicamente para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este cuadernillo).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar en la fecha de alta programada**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin cargo alguno* mientras espera que la Organización de Mejoramiento de la Calidad tome una decisión sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede optar por presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted solicita que la organización utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

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

¿Qué sucede durante la revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos facilitado.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores informan a nuestro plan sobre su apelación, recibirá un aviso escrito donde se indicará su fecha de alta planificada y se le explicarán los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (apropiados según criterio médico) que se le otorgue el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina “ aviso de alta detallado ”. Para ver una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o 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). También puede ver una muestra del aviso en línea, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: en el plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisora decide *afirmativamente* sobre su apelación, **debemos continuar proporcionándole sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado durante el tiempo en que sean necesarios médicamente.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios de hospital cubiertos. (Consulte el capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura para sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado finalizarán** al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad proporciona la respuesta.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, entonces **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir de las doce del mediodía del día siguiente al de la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Esto 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 del hospital
--------------------	--

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización revisora es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo en que sea necesario médicamente.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización revisora es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador llevará adelante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si la organización revisora rechaza su apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador analizará su apelación.

- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Usted puede optar por apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación de su alta del hospital. (“Rapidez” significa antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándares”.

Paso 2: llevaremos a cabo una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y analizaremos si ha sido apropiada según criterio médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia hospitalaria. Verificamos si la fecha de su alta planificada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

- En este caso, aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud para una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta, y le seguiremos brindando sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted ha recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada era correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de la fecha de su alta planificada, entonces **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Nivel 2 del proceso de apelación *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ” (IRE). En ocasiones se le denomina “ IRE ”.

Paso 1: su caso será remitido automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacerse cargo del rol de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si esta organización decide *afirmativamente* sobre su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si hubiera limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa*,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con la apelación de Nivel 3, que un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador llevará adelante.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted deberá decidir si acepta su decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.

- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección incluye solo tres servicios:</i> Atención médica domiciliaria, atención en centros especializados de enfermería y servicios de centros de rehabilitación ambulatoria integral(CORF)
--------------------	--

Esta sección trata *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe
- **La atención en un centro de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente externo en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, significa que obtiene tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte de los costos y las limitaciones que pueden aplicar en la cobertura, consulte el capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar por ella*.

Si usted considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuando su cobertura esté pronta a finalizar
--------------------	---

1. Recibe un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.

- El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- El aviso también le informa qué puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie su decisión sobre el momento de interrumpir su atención y continúe cubriéndola por un periodo de tiempo más prolongado.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le está diciendo que puede solicitar una "apelación rápida" . Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La sección 9.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare" . Para obtener una copia de muestra, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o 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). También pueden ver una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (La sección 5 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *solamente* que usted recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que acepta la decisión** del plan sobre el momento de interrumpir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de conocer los pasos y cumplir con los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la sección 11 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este cuadernillo). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este cuadernillo).

¿Qué debería solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para que realice una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para comunicarse con la organización.

- Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *a más tardar al mediodía del día siguiente a la recepción del aviso escrito que le informa cuándo finalizaremos la cobertura de su atención.*
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede optar por presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la sección 9.5.

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

¿Qué sucede durante la revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y además usted recibirá un aviso escrito que incluirá nuestros motivos para interrumpir la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores deciden afirmativamente sobre su apelación?

- Si los revisores deciden *afirmativamente* sobre su apelación, entonces **debemos continuar proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**

- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores deciden negativamente sobre su apelación?

- Si los revisores deciden *negativamente* sobre su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha establecida en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores deciden *negativamente* sobre su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, entonces podrá presentar otra apelación.
- Esto significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, entonces podrá presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo total de los servicios de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión relacionada con su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea necesario según criterio médico.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador llevará adelante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador analizará su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Usted puede optar por apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en el lapso de un día o dos, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación se enumeran los pasos para presentar una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándares”.

Paso 2: llevaremos a cabo una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo interrumpir la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Determinaremos si hemos seguido todas las normas al establecer la fecha para interrumpir la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud para una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que acordamos con usted que necesita servicios prolongados, y seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted ha recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado y no efectuaremos pagos después de ella.
- Si usted continuó recibiendo los servicios de atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si **rechazamos** su apelación rápida, su caso pasará **automáticamente** al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Nivel 2 del proceso de apelación *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ” (IRE). En ocasiones se le denomina “ IRE ”.

Paso 1: su caso será remitido automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del

proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacerse cargo del rol de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización decide *afirmativamente* sobre su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si hubiera limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización decide *negativamente* sobre su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador analizará su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas.

Si el valor dólar del artículo o servicio médico por el que apeló cumple con niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar está por debajo del nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor dólar es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez en derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le brindará una respuesta.

- **Si el juez en derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* estar terminado.** Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar a una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del juez en derecho administrativo o abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del juez en derecho administrativo o abogado adjudicador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez en derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su

apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de **Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le brindará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*** - Nosotros decidiremos si apelamos o no esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar a una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le informará las normas que rigen para continuar con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de los medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza un cierto monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez en derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le brindará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el juez en derecho administrativo o abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez en derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de **Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le brindará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente o rechaza su solicitud de revisión de apelación, el aviso que recibirá le explicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo realizar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos



Si su problema tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Aquí le brindamos algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de reclamos.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Acerca de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que cree debería ser confidencial?
Faltas de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna persona lo ha tratado de forma grosera o irrespetuosa?• ¿Está disconforme con el trato que ha recibido de nuestros Servicios de Atención al Miembro?• ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado?• ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de Servicios de Atención al Miembro o de otras áreas del plan?<ul style="list-style-type: none">○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta médica o en la sala de estudios médicos.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información proporcionada por nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos?• ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

Reclamo	Ejemplo
Cumplimiento de plazos (Estos tipos de reclamos se relacionan con el carácter <i>oportuno</i> de nuestras acciones respecto a las 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 está solicitando una decisión o presentando una apelación debe usar ese proceso, no el de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos con suficiente celeridad, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar un reclamo.• Si a su criterio no cumplimos los plazos para brindarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha realizado, puede presentar un reclamo.• Cuando una decisión de cobertura se revisa y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar un reclamo.• Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, usted puede presentar un reclamo.

Sección 11.2	El nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja"
---------------------	--

Términos legales

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Lo que en esta sección se denomina "reclamo" también se denomina "queja".• Otro término para "hacer un reclamo" es "presentar una queja".• Otra forma de decir "usar el proceso de reclamos" es "usar el proceso para presentar una queja". |
|---|

Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar reclamos
---------------------	---

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios de Atención al Miembro.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios de Atención al Miembro se lo informará. Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro llamando al 1-877-388-5195. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- **Si no desea llamar (o si ya llamó y no está conforme con la solución brindada), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Nuestro plan acepta las quejas verbales o por escrito, siempre y cuando la queja se presente ante nosotros en un plazo de 60 días calendario posteriores al evento o al incidente que provocó la presentación de la queja. Una vez que recibamos la queja, analizaremos sus inquietudes, incluida la información adicional necesaria para revisar por completo su queja. Resolveremos el reclamo y nos comunicaremos con usted en los próximos 30 días. En algunos casos, podría querer presentar una queja rápida ("acelerada"). Aquí se presentan algunos casos en los que querría presentar una queja rápida:
 - Cuando prolongamos el tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de servicios o apelación
 - Cuando rechazamos su solicitud por una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida"

En estos casos, responderemos su queja rápida en un plazo de 24 horas.

- **Sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse inmediatamente con Servicios de Atención al Miembro.** El plazo para presentar el reclamo es de 60 días calendario después de haber tenido el problema que originó el reclamo.
- **Si presenta un reclamo debido a que negamos su solicitud de obtener una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos automáticamente un reclamo “rápido”.** Si consigue un reclamo “rápido”, significa que le brindaremos una respuesta dentro de 24 horas.

Términos legales
Lo que en esta parte se denomina "reclamo rápido" también se denomina "queja acelerada".

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

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si usted nos llama por un reclamo, podremos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** de forma total o parcial con su reclamo o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones que justifiquen esta respuesta. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 11.4	También puede hacer un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

Puede presentar su reclamo acerca de la calidad de la atención que le brindamos a través del proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Cuando su reclamo se relaciona con la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo relacionado con la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar el reclamo ante nosotros).

- La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
- Para buscar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, revise la sección 4 del capítulo 2 del presente cuadernillo. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos junto a ellos para resolverlo
- **O puede presentar su reclamo ante ambas entidades simultáneamente.** Si lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de atención ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5	También puede contarle a Medicare sobre su reclamo
---------------------	---

Puede presentar un reclamo sobre Integra Harmony (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus reclamos muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o dudas, o si siente que el plan no está abordando sus problemas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Abordaje de sus problemas acerca de los beneficios de Medicaid

Debido a que Integra Harmony (HMO SNP) solamente coordina sus beneficios de Medicaid, pero no los cubre directamente, usted tiene acceso a aquellos beneficios mediante la tarifa por servicios de Medicaid. Para resolver sus dudas o reclamos sobre los beneficios de tarifa por servicios de Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda CHOICE de Medicaid del estado de New York al 1-800-505-5678, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8:30 p. m. y los sábados de 10 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.

CAPÍTULO 10.

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	241
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan	241
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	241
Sección 2.1	Usted podría finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid	241
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual	242
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage	243
Sección 2.4	En algunas situaciones, puede finalizar su membresía durante el período de inscripción especial	244
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	245
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	246
Sección 3.1	Generalmente, usted puede finalizar su membresía mediante la inscripción en otro plan	246
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	247
Sección 4.1	Hasta que su membresía termine, usted todavía es miembro de nuestro plan	247
SECCIÓN 5	Integra Harmony (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	248
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en nuestro plan?	248
Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	249
Sección 5.3	Tiene el derecho de realizar un reclamo si finalizamos su membresía de nuestro plan	249

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan
--------------------	---

La finalización de su membresía en Integra Harmony (HMO SNP) puede ser **voluntaria** (decisión propia) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La sección 2 le explica cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La sección 2 le explica los tipos de planes en los que puede inscribirse y el momento en que comenzará su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La sección 3 le explica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero debemos hacerlo. La sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si usted está dejando nuestro plan, debe recibir su atención médica a través de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar 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 ciertas situaciones, también puede calificar para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1	Usted podría finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	---

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo

- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. La sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y permanece sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números telefónicos se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 del presente cuadernillo).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el plan nuevo también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). En este tiempo es cuando debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año próximo.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, 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 lo haga).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si usted 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, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando entre en vigencia su nuevo plan de cobertura el 1 de enero.

Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante este período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período de tiempo, podrá:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, usted tiene hasta el 31 de marzo para unirse a un plan separado de Medicare para medicamentos recetados para añadir una cobertura por medicamentos.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o de obtener su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos obtenga su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En algunas situaciones, puede finalizar su membresía durante el período de inscripción especial
--------------------	--

En ciertas situaciones, también puede calificar para dejar finalizar su membresía en otros momentos del año. A esto le llamamos **período de inscripción especial**.

- **¿Quién califica para un período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones a continuación se aplica a su caso, usted puede calificar para finalizar su membresía durante el período de inscripción especial. Estos son algunos ejemplos; si desea la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio web (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, si se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si califica para el programa “Ayuda Adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Hemos violado nuestro contrato con usted.
 - Si usted está recibiendo atención en una institución, como un hogar de reposo o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE)

Nota: La sección 2.1 le brinda más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Si desea saber si usted es elegible para el período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted califica para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud Medicare como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si usted 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, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid y el programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **comunicarse con Servicios de Atención al Miembro** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede obtener más información en el *Manual Medicare y usted 2020*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* al comenzar el otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Generalmente, usted puede finalizar su membresía mediante la inscripción en otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, sencillamente se inscribe en otro plan Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se le dé de baja de nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este cuadernillo).
- --o-- puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El siguiente cuadro explica la forma en que debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se cancelará su inscripción de Integra Harmony (HMO SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se cancelará su inscripción de Integra Harmony (HMO SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de Medicare de medicamentos recetados 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, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.○ Recuerde que si no mantiene la cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este cuadernillo).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, para pedir que le cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción de Integra Harmony (HMO SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Para resolver sus dudas sobre los beneficios de Medicaid del estado de New York, comuníquese con la línea de ayuda CHOICE de Medicaid del estado de New York al 1-800-505-5678, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8:30 p. m. y los sábados de 10 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el retorno a Original Medicare podría afectar la manera en que obtiene la cobertura de Medicaid del estado de New York.

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

Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted todavía es miembro de nuestro plan
--

Si usted se retira de Integra Harmony (HMO SNP), podría llevar un tiempo hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare comience a tener efecto. (Consulte la sección 2 para obtener información sobre cuándo inicia su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en el plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo son cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso los servicios de nuestra farmacia de pedido por correo.
- **Si usted es hospitalizado el día en que su membresía finaliza, generalmente su estadía en el hospital 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 Integra Harmony (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en nuestro plan?

Integra Harmony (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan si sucede alguna de estas situaciones:

- Si ya no se encuentra inscrito en la Parte A y Parte B de Medicare
- Si ya no califica para Medicaid. Como se explicó en la sección 2.1 del capítulo 1, nuestro plan está dirigido a personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no califica para Medicaid. Como se explicó en la sección 2.1 del capítulo 1, nuestro plan está dirigido a personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
 - Si descubrimos que usted ya no cuenta con Medicaid, le enviaremos un aviso de cancelación de la inscripción debido a la pérdida de Medicaid. El aviso se enviará en un plazo de 10 días calendarios, luego de que Integra Harmony (HMO SNP) se entere de su pérdida de Medicaid.
 - Usted seguirá siendo elegible para Integra Harmony (HMO SNP) durante un período de 90 días calendarios (a partir de la fecha en que perdió a Medicaid).
 - Al finalizar los 90 días, si usted no restableció su cobertura Medicaid, le cancelaremos su inscripción de Integra Harmony (HMO SNP).
- Si ya no se encuentra dentro de nuestra área de servicios
- Si está fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va de viaje por una larga temporada, necesita comunicarse con Servicios de Atención al Miembro para verificar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. (Los números telefónicos para comunicarse con Servicios de Atención al Miembro están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (lo envían a prisión).
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos.

- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga que le brinden cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para el plan. (no podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
- Si continuamente causa problemas que nos dificulten brindarle la atención médica tanto a usted como a otros socios de nuestro plan. (no podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (no podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si está obligado a pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con **Servicios de Atención al Miembro** para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Integra Harmony (HMO SNP) no está autorizado para pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si siente que le están pidiendo que se retire del plan debido a un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene el derecho de realizar un reclamo si finalizamos su membresía de nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle nuestras razones para hacerlo por escrito. También debemos explicarle de qué manera puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Además, en la sección 11 del capítulo 9, puede buscar información sobre la manera en que puede presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11.

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	252
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	252
SECCIÓN 3	Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	252

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a la presente *Evidencia de cobertura*, y es posible que también se apliquen algunas disposiciones adicionales que son obligatorias por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún cuando dichas leyes no se incluyan o expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas en dicha ley para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive usted.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas con base en su raza, etnia, origen nacional, color, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, con la inclusión del 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, el artículo 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las otras leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o si tiene dudas sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Servicios Humanos y de Salud al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina de derechos civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, por favor comuníquese con Servicios de Atención al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si tiene un reclamo, como problemas de acceso con silla de ruedas, Servicios de Atención al Miembro puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del CFR 42, Integra Harmony (HMO SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42 y las normas establecidas en esta sección reemplazan 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 con la finalidad de ofrecer servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya internación en el centro no exceda las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados, así como pagar por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera debería poder recibir. El capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso que implica presentarlas.

Período de beneficios: es la manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de centros hospitalarios y de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención para paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, se inicia uno nuevo. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: es un medicamento recetado que se fabrica y vende a través de la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos recetados 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, generalmente, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento recetado de marca ha expirado.

Etapas de cobertura catastrófica: es la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted no paga ningún copago o coseguro para sus medicamentos, luego de que usted o una de las partes calificada en representación suya haya gastado \$4,020 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 le indica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. El coseguro normalmente se expresa en un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Reclamo: el nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamos *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Consulte también "queja" en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): un centro que brinda básicamente servicios de rehabilitación posterior a una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla o el lenguaje, así como servicios de evaluación del ambiente domiciliario.

Copago: es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, tal como una visita médica, una visita como paciente ambulatorio de un hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, podría para \$10 o \$20 por una visita médica o un medicamento recetado

Costos compartidos : los costos compartidos se refieren a las cantidades que un miembro debe pagar cuando se reciben los servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen alguna combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad deducible que un plan imponga antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier "copago" fijo que necesite un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Un "costo compartido diario" quizás aplique cuando su médico le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes y usted deba realizar un copago.

Determinación de cobertura: decisión para determinar si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiese, que usted debe pagar por la receta médica. En términos generales, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que esta le informe que dicha receta médica no está cubierta por su plan, no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre su cobertura. Las determinaciones de cobertura se han denominado "decisiones de cobertura" en este cuadernillo. El capítulo 9 explica de qué forma nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término general que utilizamos para referirnos a los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Atención supervisada: la atención supervisada es el cuidado personal que se brinda en un hogar de reposo o de cuidados paliativos u otro centro establecido donde no se requiera atención médica o de enfermería especializadas. La atención supervisada es el cuidado personal que pueden brindar personas que no tengan destrezas o capacitación profesional, como proporcionar

asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga por atención supervisada.

Tasa de costo compartido diario: una “tasa de costo compartido diario” puede aplicar cuando un médico receta menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si el copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” será de \$1 por día. Quiere decir que paga \$1 por día por cada suministro diario cuando surte su receta médica.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por propia decisión) o involuntaria (no por propia decisión).

Cargo por expendio: es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta. El cargo por expendio cubre costos como el tiempo que requiere el farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Individuo con elegibilidad doble: es una persona que califica para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que su médico solicita para usar en su hogar. Algunos ejemplos: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, un lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

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

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional

elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer, como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted está solicitando, o el plan le restringe la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda Adicional: es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento recetado de marca, y usualmente su costo es menor.

Queja: es un tipo de reclamo que presenta sobre nosotros o nuestras farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención médica. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pagos.

Asistente para la salud en el hogar: un asistente para la salud en el hogar brinda servicios que no requieren las destrezas de un enfermero certificado o terapeuta, como la ayuda con el cuidado personal (ej. bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios prescritos) Los asistentes para la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapias.

Cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene el derecho de elegir cuidados paliativos. Nosotros, nuestro plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continua pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su estado.

Estancia como paciente hospitalizado: es una estancia hospitalaria cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados, según se informó en su declaración de impuestos de IRS hace 2 años atrás, superan cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: es el límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa previa a que los costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que el plan pagó en su representación durante el año, hayan alcanzado los \$4,020.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período cuando se puede inscribir en la Parte A y 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 los 65 años, incluido el mes que cumple 65, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Plan de Necesidades Especiales (SNP) institucional: un plan de necesidades especiales que afilia a personas que califican que residen o esperan residir durante 90 días consecutivos o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); un centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para que un Plan de Necesidades Especiales institucional pueda servir a los residentes de Medicare de centros de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) los centros de LTC específicos.

Plan de Necesidades Especiales (SNP) institucional equivalente: es un Plan de Necesidades Especiales institucional que afilia a personas calificadas que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional en función de la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal y debe estar administrada por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales podría restringir la inscripción a personas que viven en una vivienda con servicio de asistencia (ALF) contratada si es necesario, para garantizar una entrega uniforme de la atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): ver “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: lo máximo que desembolsará personalmente durante el año calendario por los servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no cuentan para este monto máximo de desembolso personal. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de desembolso personal. Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de desembolso personal.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían en los diferentes estados, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por cierta documentación de referencia. Consulte la sección 3 del capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que satisfacen los estándares de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que firma contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos los beneficios de la Parte A y la 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 (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, el plan cubre los servicios de Medicare, y no son pagados por 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 las Parte A y Parte B de Medicare califican para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de Descuentos de la Brecha de Cobertura de Medicare: es un programa que ofrece descuentos en muchos medicamentos recetados de marca de la Parte D cubiertos a miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se hacen sobre la base de los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, de los medicamentos recetados de marca tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: son los 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 que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: es un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que firma contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a los que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas de demostración/pilotos y los programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos o inmunológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): es un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de la cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”): es una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, y que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios de Atención al Miembro: es un departamento dentro de nuestro plan cuya responsabilidad es responder todas sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre la forma de comunicarse con Servicios de Atención al Miembro.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de sus medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” debido a que tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen acuerdos con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar, así como para brindar, los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos, o si dichos proveedores aceptan brindarle a usted los servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en el presente cuadernillo. El capítulo 9 explica de qué forma nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare “de pago por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare, no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede tratarse con un médico, un hospital o con cualquier otro proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no posee un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explicó en la presente Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tenemos acuerdos para coordinar o brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el capítulo 3 del presente cuadernillo.

Costos de desembolso personal: consulte la definición de “costos compartidos” más arriba. Al requisito de costos compartidos de un miembro, según el cual debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos, también se conoce como el requisito de costos “de desembolso personal” del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas de salud frágil, para ayudar a que conserven su independencia y puedan vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) durante el mayor tiempo posible, al mismo tiempo que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para mayor claridad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden cubrirse según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos recetados de la Parte D. (Consulte su formulario para acceder a una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidos de la cobertura como medicamentos recetados de la Parte D por el Congreso.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), podría quedar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que sean recibidos por un proveedor de la red como de fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente más alto cuando recibe los beneficios de un proveedor fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos de desembolso personal por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de desembolso personal combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

Prima: es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica en concepto de cobertura de medicamentos recetados o de salud.

Médico de Atención Primaria (PCP): su Médico de Atención Primaria es el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerle saludable. Él o ella también pueden consultar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y puede derivarlo con ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Autorización previa: es la aprobación previa a obtener servicios o determinados medicamentos que podrían o no estar en nuestra lista de medicamentos. Algunos de los servicios médicos dentro de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están indicados en el cuadro de beneficios del capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están indicados en el formulario.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar

una parte o una función interna del cuerpo, incluidos materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte la sección 4 del capítulo 2 para obtener más información sobre la forma de comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidades: es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad y aprovechamiento. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o en un periodo definido de tiempo.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde el plan de salud acepta a los miembros, si limita la membresía, según el lugar de residencia de la persona. Para planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener los servicios de rutina (no emergencias). El plan podría cancelar su inscripción si constantemente se muda del área de servicios del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero certificado o un médico.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de reposo o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: es una herramienta de uso que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos un medicamento que puede haber sido recetado inicialmente por su médico.

Ingreso de seguro complementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidad, son ciegos o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una afección, una lesión o enfermedad médica imprevista que no sea de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.

Servicios de Atención al Miembro de *Integra Harmony (HMO SNP)*

Método	Servicios de Atención al Miembro: información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-877-388-5195</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan Inglés.</p>
TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
CORRESPONDENCIA	<p>Integra Managed Care, Inc. Atte: Servicios al Miembro 1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042</p>
SITIO WEB	<p>www.integramanagedcare.com</p>

Programa de Consejería, Asistencia e Información sobre Seguros de Salud (HIICAP) (New York SHIP)

El HIICAP es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-800-701-0501</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.</p>
CORRESPONDENCIA	<p>Ciudad de New York: Departamento de la Ciudad de New York para Adultos Mayores 2 Lafayette Street New York, NY 10007 www.nyc.gov/html/mail/html/maildfta.html</p> <p>Condado de Nassau: Departamento de Asuntos de Adultos Mayores del condado de Nassau 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hhsnassaucountyny.us</p>
SITIO WEB	<p>www.aging.ny.gov</p>

Declaración de divulgación de PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB 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.