

2026

Evidencia de cobertura



ElderServe Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-580-7000** (TTY/TDD 711)
De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.ElderServeHealth.org

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para el año 2026:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP)

En este documento, se proporcionan detalles de su cobertura médica y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo ponerse en contacto con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

El plan ElderServe Star (HMO I-SNP) es ofrecido por ElderServe Health. (En la presente *Evidencia de cobertura*, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a ElderServe Health. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a ElderServe Star (HMO I-SNP).

Este documento está disponible sin cargo en inglés. Esta información también está disponible en otros formatos, incluidos braille, letra grande u otros formatos alternativos. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame a Servicio para Miembros al número mencionado anteriormente.

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

Nuestro formulario, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con, al menos, 30 días de anticipación.

H6776_EOC001CY26_C

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Es miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP)	6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía	8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes de ElderServe Star (HMO I-SNP)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1 Contactos de ElderServe Star (HMO I-SNP)	21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)	27
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	29
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	34
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....	35
CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	36
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2 Use proveedores de nuestra red del plan para obtener atención médica	39
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad de atención urgente	42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?	44
SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	45
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	48

Índice**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 51**

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....	55
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	96

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 99

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....	100
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	100
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan.....	104
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	106
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera.....	108
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año	110
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	113
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	114
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	115
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	116

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 120

SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	121
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de ElderServe Star (HMO I-SNP)	123
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	124
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible	126
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	126
SECCIÓN 6	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	129
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	130

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 133

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	134
-----------	--	-----

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	137
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	137
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		139
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales	140
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	146
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		149
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	150
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	150
SECCIÓN 3	Qué proceso debe utilizar para su problema	151
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones	151
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	155
SECCIÓN 6	Vacunas de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	174
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	180
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5.	184
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	187
CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan		191
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	193
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	194
SECCIÓN 5	ElderServe Star (HMO I-SNP) debe finalizar nuestra membresía al plan en ciertas situaciones.....	194

Índice

CAPÍTULO 11: Avisos legales	196
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....	197
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	197
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	197
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	199
Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de New York)	213

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en ElderServe Star (HMO I-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare a través de ElderServe Star (HMO I-SNP).

ElderServe Star (HMO I-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especial. ElderServe Star (HMO I-SNP) está diseñado específicamente para personas que vivan en una institución (como un hogar de atención médica especializada) o necesiten un nivel de atención que, generalmente, se proporcione en un hogar de atención médica especializada.

Nuestro plan incluye a los proveedores especializados en el tratamiento de los pacientes que necesiten este nivel de atención. Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados, y todo su servicio de atención estará coordinado por medio de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo ElderServe Star (HMO I-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el plan ElderServe Star (HMO I-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de ElderServe Star (HMO I-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar ElderServe Star (HMO I-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades especiales de las personas que necesiten un nivel de atención que, generalmente, se proporcione en un hogar de atención médica especializada.

Usted es elegible para nuestro plan si cumple con *uno de los siguientes* requisitos:

- Usted vive en un hogar de atención médica especializada disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores del plan* www.ElderServeHealth.org para obtener una lista de los hogares de atención médica especializada contratados o llame a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios TTY deben llamar al 711) y solicítenos que le enviemos una lista.
- Usted vive en su hogar, y nuestro plan obtuvo la certificación de que necesita el tipo de atención que, generalmente, se brinda en un hogar de atención médica especializada.

Nota: Si pierde la elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la recupere en el transcurso de 3 meses, seguirá siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se ofrece información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período considerado de elegibilidad continua.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Área de servicio del plan ElderServe Star (HMO I-SNP)

ElderServe Star (HMO I-SNP) solo está disponible para las personas que vivan dentro del área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo dentro de nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de New York: Bronx, Kings, New York (Manhattan), Queens, Richmond, Nassau y Westchester.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un período especial de inscripción para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro del plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a ElderServe Star (HMO I-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan de acuerdo con este criterio. ElderServe Star (HMO I-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si dispone de una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

RiverSpring Star (HMO I-SNP) <Jane A. Doe> Member ID: <00001234500> Issuer: 80840 Effective: <01/01/2017> Rx Bin: 610014 Rx GRP: RSSTARX RYPCN-MEDDPRIME  CMS H6776-001		For Members: Member Services: 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) Prescription Drugs: 1-844-670-8836 (TTY/TDD 711) 24-Hour Nurse Hotline: 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) Website: www.RiverSpringHealthPlans.org For Pharmacies: Express Scripts Pharmacy Helpdesk: 1-800-922-1557	For Providers: Provider Services: 1-800-580-7000 Send Paper Claims to: RiverSpring Health Plans, C/O Relay Health 1564 Northeast Expy, Mail Stop HQ-2361, Atlanta, GA 30329 Electronic Claims: User ID: 05178 Supplemental Provider Network provided by MAGNACARE™ Other Providers/Physicians are available in our Network
--	--	---	---

NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de ElderServe Star (HMO I-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en alguno de los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de Proveedores* www.ElderServeHealth.org enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y demás centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe acudir a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lado sin la autorización correspondiente, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que ElderServe Star (HMO I-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Puede consultar la lista más actualizada de proveedores y farmacias en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Los *Directorios de proveedores* impresos solicitados se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). En la lista, se indica qué medicamentos con receta están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D en ElderServe Star (HMO I-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan retirado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de ElderServe Star (HMO I-SNP).

La Lista de medicamentos indica si existen normas conforme a las cuales se restrinja la cobertura de un medicamento determinado.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.ElderServeHealth.org o llame a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes de ElderServe Star (HMO I-SNP)

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$58.80 (prima del plan de la Parte D)
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información).	\$9,250

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio de atención primaria	20% para servicios de atención primaria
Visitas al consultorio de un especialista	20% para servicios de médicos especialistas
Hospitalizaciones	Deducible de \$1,736 para cada período de beneficios Días del 1 al 60: copago de \$0 Días del 61 al 90: copago de \$434 por día Día 91 en adelante: copago de \$868 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada período de beneficios.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$615 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, lo que incluye las Etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: 25% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del Plan de Pago de Recetas de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual del plan para ElderServe Star (HMO I-SNP) es de \$58.80.

Si *ya* obtiene ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no sea aplicable para usted**. Le enviamos un documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciban la Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider* (Cláusula adicional LIS).

En algunos casos, la prima de nuestro plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el Programa de Ayuda Adicional y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Obtenga mayor información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2026*, en la sección titulada *2026 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2026). Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no haya tenido la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos. La cobertura acreditable para medicamentos es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscriba por primera vez en ElderServe Star (HMO I-SNP), le informaremos del monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente (como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud de los Veteranos [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán todos los años si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en el plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura acreditable para medicamentos con receta.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si transcurrieron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de que usted fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si transcurren 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima del plan mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, este monto promedio de la prima es de \$26.30. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería el 14% multiplicado por \$26.30, que da \$3.68. Esto debe redondearse a \$3.70. Este monto se agregará **a la prima del plan mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba, en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de que se inscribiera en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, denominado monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, usted pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre nuestra prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago de Recetas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare, todos los meses, pagará la prima de nuestro plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le resten del año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se explica más en detalle el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Existen dos formas en las que puede pagar las primas de nuestro plan.

Opción 1: Pagar con cheque

ElderServe Star (HMO I-SNP) le enviará una factura todos los meses. Devuelva la copia de la factura y un cheque o giro postal pagadero a **ElderServe Star (HMO I-SNP)**, en el sobre con franqueo pago proporcionado, dentro de 30 días hábiles, o antes del 15 del próximo

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

mes luego de recibir la factura. Si pierde el sobre con franqueo pago, puede solicitar otro al Servicio para los Miembros o puede enviarnos su pago por correo postal a la siguiente dirección:

ElderServe Star (HMO I-SNP)
Attn: Member Services
80 West 225th Street
Bronx, New York 10463

No envíe dinero en efectivo, solo podemos aceptar cheques o giros postales.

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

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, comuníquese con Servicios para los Miembros. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono del Servicio para Miembros aparecen en la contraportada de este manual).

Cambiar la forma en la que paga su prima del plan. Si decide cambiar la forma en la que paga su prima del plan, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos el nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir el pago de su prima del plan en nuestra oficina antes del día 15 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso para informarle de que nuestra membresía en el plan finalizará si no recibimos su prima dentro de los 30 días. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con los costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima, usted tendrá cobertura de salud en virtud de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura para medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción anual. (Si transcurren 63 días sin cobertura acreditable para

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en el que finalicemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que pague. Si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto que deba antes de inscribirse.

Si cree que finalizamos su membresía por error, puede presentar un reclamo (también denominado queja). Si vivió una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de los reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo o llámenos al 1-800-580-7000 de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer el reclamo a más tardar 60 días calendario posteriores a la fecha en la que se haya finalizado su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si usted comienza a ser elegible para recibir la Ayuda Adicional o pierde la elegibilidad para esta durante el año, es posible que cambie la parte de nuestra prima del plan que tiene que pagar. Si califica para recibir Ayuda Adicional para los costos de su cobertura para medicamentos, esta paga parte de su prima mensual del plan. Si pierde la elegibilidad para recibir la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos, y los montos de los costos compartidos**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si cambia algunos de los siguientes elementos, avísenos:

- Su nombre, dirección o número de teléfono

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si se lo ingresa en un hogar de atención médica especializada
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentren fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan de los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de estas informaciones cambia, avísenos llamando a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga a fin de poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o para medicamentos de la que sepamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se mencione, llame a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que conforme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), se determina si nuestro plan o su otro seguro paga primero conforme a las normas de Medicare. El seguro que primero paga (el “pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga segundo (el “pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de comenzar a ser elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 1 Contactos de ElderServe Star (HMO I-SNP)**

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 de ElderServe Star (HMO I-SNP) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: Información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	ElderServe Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
Escriba a	ElderServe Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-251-5896
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.express-scripts.com

Apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-251-5896
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.express-scripts.com

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre la atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	ElderServe Star (HMO I-SNP) 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Sitio web de Medicare	Para presentar un reclamo sobre ElderServe Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Reclamos sobre medicamentos de la Parte D: Información de contacto**

Llame al	1-844-670-8836 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-899-2114 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja relacionada con ElderServeStar (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o un medicamento que haya obtenido

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

Si nos envía una solicitud de pago, y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escriba a	ElderServe Star (HMO I-SNP) 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-608-740-5483
Escriba a	Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
Sitio web	www.express-scripts.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

El organismo federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Este organismo celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, lo que incluye nuestro plan.

Medicare: Información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, lo que incluye cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como las pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de atención médica especializada, hospitales, médicos, organismos de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación con hospitalización y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informarle a Medicare de cualquier reclamo que tenga sobre ElderServe Star (HMO I-SNP). Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma sus reclamos en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas que usted pueda tener sobre Medicare. En New York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP).

El HIICAP es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el objetivo de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tengan Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de New York): Información de contacto

Llame al	1-800-701-0501
TTY	1-212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 <i>Nassau County</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501 <i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Sitio web**

<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En New York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está equipada con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para su atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Livanta: (Organización para la mejora de la calidad de New York): Información de contacto

Llame al	1-866-815-5440 Horario de atención: De lunes a viernes: de 9 a. m a 5 p. m. Fines de semana/feriados: de 10 a. m a 4 p. m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	www.livantaqio.cms.gov/en

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

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Seguro Social: Información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare y Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud (Servicios Sociales) del estado de New York.

**Departamento de Salud (Servicios Sociales) del estado de New York:
Información de contacto**

Llame al	Línea de ayuda de Medicaid de HRA: 1-888-692-6116 Ciudad de New York: 718-557-1399 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Condado de Nassau: 516-227-8000 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. Condado de Westchester: 914-995-3333 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Escriba a	New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Social Services White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos con receta

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

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, obtendrá ayuda para pagar su prima mensual del plan de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos del plan. Esta Ayuda Adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para avisárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir la Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar su solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita la Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda para otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de la Ayuda Adicional.

Si califica para recibir la Ayuda Adicional y si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto correcto de copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para los Miembros como evidencia de que califica para la Ayuda Adicional. La dirección de Servicios para los Miembros figura al principio de este capítulo. Envíe una copia de uno de los siguientes documentos:
 - Carta de adjudicación de la Ayuda Adicional por parte del Seguro Social

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted es “automáticamente elegible para la Ayuda Adicional”
- Una vez recibida la copia, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda Adicional con Medicare
- Si no puede encontrar la documentación de respaldo, lo ayudaremos a obtener comprobantes; esto incluye comunicarnos con Medicare en su nombre para determinar el nivel de copago correcto
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga más que el copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago, y usted tiene una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene la Ayuda Adicional y la cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

El programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) es un programa del estado de New York para personas mayores administrado por el Departamento de Salud. Ayuda a más de 325,000 personas mayores de 65 años que reúnen los requisitos de ingresos a complementar los costos que pagan de su bolsillo de su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare.

¿Qué ocurre si tiene la Ayuda Adicional y la cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentren en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para los medicamentos con receta a través del ADAP del estado de New York, Programa de Atención Médica para los Pacientes con VIH que no Tienen Seguro Médico.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establezca el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

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

Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC): (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de New York): Información de contacto

Llame al	1-800-332-3742 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 nysdohepic@primetherapeutics.com
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/epic/

Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción**

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Recetas de Medicare: Información de contacto

Llame al	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
Sitio web	www.express-scripts.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

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

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas.
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y los feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y es solo para las personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En, este capítulo, se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener la atención médica cubierta. Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto usted paga cuando obtiene atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago pleno. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, ElderServe Star (HMO I-SNP) tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y seguir las mismas normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, ElderServe Star (HMO I-SNP) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección, y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinde y supervise la atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver cuáles son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si obtuviera la atención médica de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga nuestro plan para la diálisis nunca puede ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no pueden ser superior al que usted pague dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente, y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, es posible que el costo compartido de la diálisis sea superior.

SECCIÓN 2 Use proveedores de nuestra red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise la atención

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

Cuando se convierte en miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP), debe elegir a un proveedor del plan como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica a continuación, puede obtener su atención de rutina o atención básica por parte de su PCP.

Puede seleccionar a su PCP de distintos tipos de médicos. Estos pueden incluir médicos internistas y de familia que hayan aceptado estar en nuestra red en un rol de proveedor de atención primaria.

Su PCP le proporcionará la mayoría de los servicios de atención preventiva y de rutina.

¿Cómo elegir a un PCP?

Cuando se inscriba en ElderServe Star (HMO I-SNP), seleccionará a un PCP de la lista en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Si, ahora, su PCP no participa en ElderServe Star (HMO I-SNP), y a usted le gustaría que nos comuniquemos con el consultorio, avísenos.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrá que elegir a uno nuevo.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Servicios para los Miembros lo ayudará a asegurarse de que pueda seguir recibiendo la atención que esté recibiendo. Si elige cambiar de PCP, puede verse limitado a seleccionar determinados especialistas u hospitales a los que su PCP lo remita. En la Sección 2.3 a continuación, encontrará más información. El Servicio para los Miembros cambiará sus registros de membresía para que muestren el nombre de su nuevo PCP y le informará cuando el cambio de PCP entre en vigencia. También se asegurarán de que el PCP al que quiera cambiar esté aceptando pacientes nuevos.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una remisión del PCP

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP con antelación.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando usted se atienda con un proveedor de la red
- Vacunas contra la influenza, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentre, recibe este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área de servicio.
- Consultas con proveedores y especialistas del plan

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Su PCP es la mejor persona para aconsejarle sobre cuándo consultar a un especialista por sus necesidades de atención médica.
- Según sus necesidades de atención médica, es posible que su PCP necesite obtener una autorización del plan para determinados servicios. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorizaciones Previas del plan para analizar sus necesidades de servicios. El plan les informará la determinación a usted y su médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los servicios que requieren autorización previa.
- En ocasiones, su PCP tendrá un círculo de remisión o una red secundaria. Los especialistas cubiertos se indican en el Directorio de proveedores y farmacias.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga un acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó con ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a este proveedor, si, actualmente, recibe atención de dicho proveedor o si consultó con él en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor dentro de la red y calificado para que continúe recibiendo atención.
- Si se somete a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o proveedor dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer con sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red. Cuando un proveedor o beneficio dentro de la

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado a un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior, o que su atención no se maneja de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

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

La atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forme parte de la red no requiere una autorización previa. Si usted necesita una atención médica que Medicare exija que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención a través de un proveedor que no forme parte de la red.

Debe llamar a Servicios para los Miembros para obtener una autorización para ciertos servicios especializados cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si necesita este tipo de atención, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad de atención urgente

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisarle al plan de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000 en cualquier momento para informarnos de una emergencia. Puede encontrar los números de teléfono de la línea directa de enfermería al dorso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o bien
- La atención adicional que reciba se considera servicios de urgencia, y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

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

Un servicio que requiera atención médica inmediata (pero que no sea una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentre para recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Si necesita ayuda para ubicar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para los Miembros; con gusto lo ayudaremos a encontrar un centro

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia, ni ningún otro servicio para la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Reciba atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite www.ElderServeHealth.org para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesite durante una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante una catástrofe, no puede acudir a una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que los costos compartidos de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo proceder.

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

ElderServe Star (HMO I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, ustedes son responsables de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tengan un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que haya alcanzado el límite de beneficios, estos costos no contarán para el monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 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 denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente buscan a voluntarios que participen en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos avisa que participa en un ensayo clínico calificado, entonces, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieran un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de excepción de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con antelación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que obtenga como parte del estudio, lo que incluye:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo del costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es de \$20 según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis, y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Debe notificar a nuestro plan que recibió un servicio calificado de ensayo clínico y enviar la documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. El plan, entonces, le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas del ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en lugar de esto, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución que se le ofrezcan en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permita obtener los servicios cubiertos correspondientes a la atención hospitalaria para pacientes internados o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan con antelación antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites para la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información adicional.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen productos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos productos de DME, como las prótesis. Existen otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se quedan con ese equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. **Como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP), por lo general, no obtendrá la propiedad de los productos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que efectúe por el producto mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad de un producto de DME. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del producto de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos que haya efectuado mientras estuvo inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que efectuó en Original Medicare no se tienen en cuenta.

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del producto mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la propiedad del producto una vez que se inscriba en Original Medicare nuevamente. Cualquier pago que ya efectuó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tiene en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, ElderServe Star (HMO I-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja ElderServe Star (HMO I-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses, el proveedor

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma empresa, y nuevamente se le exige que abone los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

En este capítulo, se encuentra la Tabla de beneficios médicos, en la que se indican sus servicios cubiertos y cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP). En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las restricciones de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Estos son los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos:

- **Deducible:** monto que usted 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 nuestro plan).
- **Copago:** monto fijo que usted paga cada vez que obtiene algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** porcentaje que usted paga del costo total de un determinado servicio médico. El coseguro se abona en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si usted está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 El deducible de nuestro plan

Su deducible es de \$283. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Después de que usted pague su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos, y usted pagará el monto del coseguro correspondiente por el resto del año calendario.

El deducible se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios de rehabilitación cardíaca; servicios de rehabilitación cardíaca intensivos; servicios de rehabilitación pulmonar; terapia con ejercicios supervisados (SET) para los Servicios de Enfermedad Arterial Periférica (PAD); hospitalización parcial; servicios

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios; servicios de un médico de atención primaria; servicios quiroprácticos; servicios de terapia ocupacional; servicios de un médico especialista; servicios de un especialista en salud mental; servicios de podiatría; servicios de otros profesionales de atención médica; servicios psiquiátricos; servicios de fisioterapia y terapia para patologías del habla y del lenguaje; servicio para el tratamiento del uso de opioides; pruebas o procedimientos de diagnóstico/servicios de laboratorio; servicios radiológicos terapéuticos; servicios de radiología para pacientes ambulatorios; servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios; servicios de radiografías para pacientes ambulatorios; servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; servicios de observación; centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC); servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; servicios de análisis de sangre para pacientes ambulatorios; servicios de ambulancia terrestre; servicios de ambulancia aérea; equipo médico duradero (DME); prótesis/suministros médicos; servicios y suministros para diabéticos; servicios de diálisis; servicios de educación para enfermedad renal; examen de detección de glaucoma; capacitación para el autocontrol de la diabetes; examen de tacto rectal (EKG) después de la visita de bienvenida; medicamentos con receta de la Parte B de Medicare; exámenes de los ojos; anteojos; exámenes auditivos; servicios odontológicos integrales.

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

- Nuestro monto de deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados es \$1,736 para los días del 1 al 60. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total de la atención hospitalaria para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios, y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.
- Nuestro monto de deducible para la atención de la salud mental para pacientes internados es \$1,736 para los días del 1 al 60. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total de la atención de la salud mental para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios, y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.

La Tabla de beneficios médicos muestra los deducibles de la categoría de servicio.

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

Los Planes de Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al monto que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el MOOP es de \$9,250.**

Los montos que paga para los deducibles, los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga para las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar ningún costo que paga de su bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red por la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP), tiene una protección importante que, después de alcanzar el deducible, solo debe pagar su monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor facture por un servicio, incluso si hay una disputa, y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participe en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

(Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, en la Tabla de beneficios médicos, se indican los servicios que cubre ElderServe Star (HMO I-SNP) y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura para medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con lo siguiente:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (lo que incluye la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *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, y cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún ciclo activo del tratamiento, incluso si el ciclo del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted obtiene atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise la atención.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos estos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que reciba el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención que haya obtenido por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de supuesta elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.

Información importante sobre los beneficios para las personas que califiquen para recibir la Ayuda Adicional:

- Si recibe la Ayuda Adicional para pagar los costos del programa de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para otros beneficios complementarios o costos compartidos reducidos específicos.
- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se mencionan a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Afecciones crónicas a las que se aplica este beneficio:
 - Trastornos autoinmunitarios
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Trastornos pulmonares crónicos

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Trastornos endocrinos
 - Trastornos gastrointestinales
 - VIH/SIDA
 - Hipertensión
 - Trastornos neurológicos
 - Osteoartritis
 - Trastornos hematológicos graves
 - Accidente cerebrovascular
- Los miembros elegibles para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas recibirán un beneficio combinado de cobertura de medicamentos sin receta de venta libre para cubrir ciertos comestibles, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.
- Para obtener más información, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
 - Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define de la siguiente manera: • Tiene una duración de 12 semanas o más; • no es específico, o sea, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos de proveedores: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (conforme se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia.	Usted paga el 20% de los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar (continuación) El personal auxiliar que brinde acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección sea tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debería documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga el 20% de los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. * Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado en función de los factores actuales de riesgo y de salud. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Medición de la masa ósea Para las personas que califiquen (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga el 20% de los servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización previa.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Usted paga el 20 % de los servicios quiroprácticos aprobados por Medicare. *Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico, y usted paga el 20% del monto

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico que esta.	aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales antes de un trasplante de órgano.	Servicios dentales preventivos No cubiertos Servicios dentales completos 20 % de coseguro para cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Usted paga el 20% del costo para todas las capacitaciones para el autocontrol de la diabetes cubiertas por Medicare. Usted paga el 20% del costo para todos los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. Usted paga el 20% del costo para todos los calzados ortopédicos o plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare. Se requiere autorización para calzado ortopédico y plantillas terapéuticas para diabéticos. Cubrimos fabricantes específicos para suministros para diabéticos de Roche y LifeScan.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular,	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para DME y suministros relacionados. *Se requiere autorización previa para cada DME (artículo desechable que no tiene una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$250 o más. *Se requiere autorización previa para cada DME

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.	(artículo no desechable que tiene una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$500 o más. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20%, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en ElderServe Star (HMO I-SNP) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en ElderServe Star (HMO I-SNP) es un coseguro del 20%.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.	Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe cambiar a un hospital que forme parte de la red para continuar con la cobertura de su atención O recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Esta cobertura está disponible solo en los Estados Unidos.	por nuestro plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red. Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$115 por visita) del monto aprobado por Medicare para atención médica de emergencia. Se eximirá su costo compartido si es admitido en el hospital después de 3 días. Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe volver a un hospital que forme parte de la red para continuar con la cobertura de su atención O recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por el plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para exámenes para diagnosticar o tratar asuntos de equilibrio o audición. *Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	No hay coseguro, copago ni deducible para una agencia de atención médica a domicilio. *Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento.	El coseguro mínimo se establece en 0% para reflejar el coseguro más bajo posible para un medicamento reembolsable de la Parte B. El coseguro máximo es del 20%.
Atención en un hospicio Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de ElderServe Star (HMO I-SNP).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibirlos, solo deberá pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido según Original Medicare Para los servicios cubiertos por ElderServe Star (HMO I-SNP), pero que no cubren Medicare Parte A ni Parte B: ElderServe Star (HMO I-SNP) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4). Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas), una vez cada temporada de la influenza/gripe, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas) adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas afecciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si ElderServe Star presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón	En 2026, usted paga: un deducible de \$1,736 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 para cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$434 por día. Días 91 en adelante: copago de \$868 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada periodo de beneficios. * Se aplican reglas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia. Si recibe atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y eritrocitos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesita. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, consulte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Recibe 190 días durante toda su vida para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. Un período de beneficios comienza el primer día en que es ingresado como

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	paciente hospitalizado en un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención especializada en un centro de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude al hospital (o a un SNF) luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. En 2026, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: deducible de \$1,736. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$434 por día. Días 91 en adelante: copago de \$868 por cada día de reserva de por vida, luego del día 90 para cada

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	período de beneficios (hasta 60 días durante su vida). Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos. * Se aplican reglas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que	Usted paga un coseguro del 20% sobre todos los servicios de radiología de diagnóstico aprobados por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% sobre los procedimientos y las pruebas de diagnóstico aprobados por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de laboratorio aprobados por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles conforme a los planes médicos de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:	Usted paga el 20% del costo de medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible. *Se requiere autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. La Parte B puede cubrir nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para tratar la insuficiencia renal terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (por ejemplo, Procrit®)	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://ElderServestar.org/prescription-drugs/drug-coverage/ También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) Servicios del programa de tratamiento para opioides (continuación) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal	Usted paga un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare para el servicio. *Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Análisis de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de cuidados médicos las solicita para tratar un problema médico. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos	Usted paga el 20% de coseguro del monto aprobado por Medicare para servicios radiológicos de diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos y suministros y servicios de radiografías Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga el 20% de los servicios de sangre aprobados por Medicare Procedimientos/pruebas de diagnóstico: *Se requiere autorización solo para exploraciones por resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones. Servicios de laboratorio: Servicios de laboratorio de rutina: *No se requiere autorización.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los	Usted paga un coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	*Se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • 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 el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención	Usted paga un coseguro del 20 % para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare. *Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Visita de terapia grupal ambulatoria con un psiquiatra: Usted paga un coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare. Terapia individual ambulatoria con psiquiatra: Usted paga un coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Usted paga un coseguro del 20% para visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla/del lenguaje aprobadas por Medicare. *Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Servicios ambulatorios por abuso de sustancias proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social, enfermero clínico especialista, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional en abuso de sustancias calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para visitas de terapia grupal e individual.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. *No se requiere autorización para los servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. *Se requiere autorización para servicios hospitalarios ambulatorios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud Los artículos de OTC cubiertos pueden comprarse únicamente para el miembro. Los artículos OTC se pueden comprar usando una tarjeta de débito OTC o haciendo un pedido a través de un catálogo. El miembro recibirá un catálogo de artículos de OTC aprobados. Este beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo. Para obtener una lista de los artículos de OTC cubiertos, comuníquese con nuestro plan.	Usted puede gastar hasta \$185 cada mes para comprar ciertos productos OTC. Se puede usar hasta el 50% (\$92.50) para alimentos y productos OTC para la salud aprobados. Este monto no puede canjearse por dinero en efectivo. Los dólares otorgados para el beneficio de productos de venta libre no pueden transferirse al mes siguiente. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de condiciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su condición. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio para comestibles.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensa que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del LMFT o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de hospitalización parcial. *Se requiere autorización previa.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por nuestro PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare.	Usted paga el 20% por los servicios médicos de atención primaria Paga el 20% por los servicios de médicos especialistas (excepto los servicios psiquiátricos)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud calificados a nivel federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía ● Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) ● Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT) calificados, fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) ● Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores	Usted paga un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de podiatría *Se requiere autorización previa
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del tratamiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual. Usted paga un coseguro del 20% por el examen rectal digital
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> en esta tabla).	Usted paga un coseguro del 20 % para dispositivos protésicos aprobados por Medicare y por suministros médicos cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de rehabilitación pulmonar. *Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de cuidados médicos calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas para inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por única vez. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para diálisis renal. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de educación sobre enfermedad renal. *No se requiere autorización para los servicios de educación sobre enfermedad renal. *Se requiere autorización para un miembro no certificado como ESRD en el formulario HCFA 2728.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de Medicare Parte B en esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	En 2026, los montos para cada periodo de beneficios después de una hospitalización de al menos 3 días cubierta por Medicare son: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$217 por día. Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios; se requiere una internación previa de 3 días. *Se requiere autorización previa. Un período de beneficios comienza el día que es

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Por lo general, usted recibe atención de SNF en centros dentro de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	ingresado como paciente hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas Para los miembros elegibles con ciertas condiciones crónicas, los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio para comestibles. Los miembros con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para este beneficio: ○ Trastornos autoinmunitarios ○ Cáncer ○ Trastornos cardiovasculares ○ Dependencia crónica al alcohol u otras drogas ○ Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes ○ Insuficiencia cardíaca crónica ○ Trastornos pulmonares crónicos ○ Demencia ○ Diabetes ○ Enfermedad hepática en etapa terminal ○ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) ○ Trastornos endocrinos ○ Trastornos gastrointestinales ○ VIH/SIDA ○ Hipertensión ○ Trastornos neurológicos ○ Osteoartritis ○ Trastornos hematológicos graves ○ Accidente cerebrovascular	El monto del beneficio para artículos OTC + comestibles es de \$185 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$92.50) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) La terapia SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) y una derivación para PAD de un médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas El programa de SET puede cubrirse en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la oportunidad de extender el tratamiento por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de SET. *Se requiere autorización previa.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia. Se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra, no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente	Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$40) del monto aprobado por Medicare para el servicio. No hay coseguro si lo internan en el hospital en un plazo de 3 días. En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, usted también paga al hospital un copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia (continuación) necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.	
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para exámenes para diagnosticar o tratar enfermedades y afecciones de la vista (que incluye el examen anual de detección de glaucoma). Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. *Se requiere autorización previa para exámenes de la vista. * No se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i> . La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que, según Original Medicare, no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3)
Cargos que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su familia	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	No cubiertos en ninguna situación
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

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

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo)

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

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

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, vaya al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ElderServeHealth.org) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos o Tribales del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir, **como mínimo, un suministro para 30 días del medicamento y no más de un suministro para 90 días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo llenar sus recetas por correo, llame al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de beneficios.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en no más de 10 días. Llame al número que figura al reverso de su tarjeta de beneficios si el pedido por correo se retrasa.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros a través del Servicio al Cliente.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

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

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros a través del Servicio al Cliente.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros *a través del* Servicio al Cliente.

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de recibir un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos para tratamiento a largo plazo a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si está tomando un medicamento de mantenimiento y planea viajar, asegúrese de revisar cuánta medicación tiene antes de irse. Si no tiene suficiente, algunas farmacias minoristas permitirán un suministro por día extendido del medicamento.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se enferma, pierde o se le termina el medicamento con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia que no forma parte de la red si cumple con todas las demás reglas de cobertura.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta el medicamento, o
- Está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen ingredientes alternativos llamados biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

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

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.ElderServeHealth.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.

Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (www.express-scripts.com) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Vaya al Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY

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

deben llamar al 711) o a través de nuestro sitio web <https://ElderServestar.org/prescription-drugs/drug-coverage/>.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera

Es posible que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, estas son algunas opciones que tiene:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.**

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será por un máximo de 30 días. Si su receta se emite para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para brindarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y que viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Los cambios en el nivel de atención se producen cuando el afiliado pasa de un entorno de tratamiento a otro. Si alguno de los siguientes escenarios de cambio en el nivel de atención se aplica a usted, podría tener derecho a un suministro de transición de los medicamentos que está tomando actualmente:
 - Abandona un hospital u otro entorno e ingresa en un centro de atención médica a largo plazo
 - Abandona un centro de atención médica a largo plazo para irse a su casa
 - Le dan el alta hospitalaria para volver a su hogar
 - Le dan el alta de un centro de enfermería especializada
 - Su estado cambia de paciente con enfermedad terminal a paciente sin enfermedad terminal
 - Le dan el alta de un hospital psiquiátrico con un plan de medicamentos personalizado

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711). Los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**

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

- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.

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

- Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.

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

- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad

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

- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Si **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, esta no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* <https://ElderServestar.org/members/provider-and-pharmacy-network/> para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos

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

- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para dar recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos

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

equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene algunas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención para el final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, infórmenos y revocaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider* (Cláusula adicional LIS).

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.express-scripts.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que tendría que pagar. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos por el programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes médicos del empleador o del sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Los medicamentos que no están en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluya de la cobertura
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que usted dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de ElderServe Star (HMO I-SNP)

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a ElderServe Star (HMO I-SNP). El monto que usted paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o reponer un medicamento con receta. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas:**

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando obtiene los medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado para sus medicamentos por el programa Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe incluye detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y la información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, debe proporcionarnos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando abona un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene su primera receta en el año. Cuando se encuentre en esta etapa de cobertura, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, usted sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan www.ElderServeststar.org/members/provider-and-pharmacy-network/.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto**

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Para medicamentos de marca y genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos)	Usted paga Coseguro del 25%	Usted paga Coseguro del 25%	Usted paga Coseguro del 25%
Así como para todos los demás medicamentos	Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico prefieran que reciba un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro <i>de 30 días</i>)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro <i>de 90 días</i>)
Para medicamentos de marca y genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos) Así como para todos los demás medicamentos	Usted paga Coseguro del 25% Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Usted paga Coseguro del 25% Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte la “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 para un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entrará en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcancen el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces, se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

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

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración), y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el coseguro por la vacuna en sí.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba según las normas de cobertura del plan, o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarlo). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene la tarjeta de miembro de nuestro plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque nuestra información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe presentar su reclamación dentro de los 60 días de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

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

ElderServe Star
Attn: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

Para la Parte D (Reclamaciones de los medicamentos con receta), envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva u orígenes étnicos y culturales diversos. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas diferentes del inglés, incluyendo español y braille, en letra grande o demás formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información en el formato adecuado, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, nuestro plan debe localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para presentar un reclamo. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019, o al TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto). Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan español. Este documento está disponible en español. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de derechos civiles de ElderServe Star (HMO I-SNP).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame a Servicios para los miembros al 1-800-580-7000, TTY/TDD 711 para presentar un reclamo. También puede presentar una queja ante Medicare al número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en este correo; obien, puede comunicarse con Servicios para los miembros al 1-800-580-7000 para obtener más información.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 9 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice (Aviso sobre prácticas de privacidad)*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Puede encontrar una copia de las prácticas de privacidad en nuestro sitio web en www.ElderServeHealth.org.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP), tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.

- **Complete el formulario y fírmelo.** Este formulario es un documento legal, independientemente de dónde lo obtenga. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entrégueles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted elige completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones allí incluidas, puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado del Departamento de Salud del Estado de New York, Empire State Plaza, Corning Tower, 14th Floor, Albany, New York, 12237. También puede comunicarse con el Departamento de Salud llamando al 1-518-474-2011.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 Si considera que está recibiendo un trato injusto o que no se respetan sus derechos

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se proporcionan detalles acerca de los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

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

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles para el manejo de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. 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 el proceso que debe utilizar

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

para tratar el problema que tenga. Además, también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios que los asesores del SHIP ofrecen son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte **la Sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Visite la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los artículos y servicios médicos y los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**.

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

Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original gestionan su apelación.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá nombrar como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Appointment of Representative (Designación de un representante)*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderservehealth.org).

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

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Appointment of Representative (Designación de un representante)*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderservehealth.org). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una:

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

- **Sección 5.** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6.** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7.** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8.** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]*)

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han comunicado que la cobertura de determinados servicios de atención médica que ha recibido (que habíamos aprobado previamente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar, por lo general, se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Puede *solicitar* cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no

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

aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:

- Que utilizaremos los plazos estándar.
- Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autorizemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de que recibamos su solicitud por un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida, usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

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

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar

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

automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

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

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Explica su decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 5.3. Para apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el dinero por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación para que tengan cobertura.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

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

- Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le indica cómo puede solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción**Términos legales:**

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

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

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

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá

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

pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que está pidiendo una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan, y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarlo de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que utilizaremos los plazos estándar.
 - Que le proporcionaremos automáticamente la decisión de cobertura rápida si su médico u otra persona autorizada a dar recetas la solicita.
 - Que le indicaremos cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde la recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *CMS Model Coverage Determination Request Form* (*Formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los CMS*), el cual está disponible en nuestro sitio web www.ElderServeHealth.org. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos

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

a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura del medicamento que necesita. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario.

Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-800-580-7000).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *CMS Model Coverage Determination Request Form (formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.ElderServeHealth.org. Incluya su nombre, datos de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra evaluación cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas

cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro

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

programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos**

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

que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explica su decisión.
- Le informa sobre su derecho a presentar una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no implica** que esté aceptando una fecha de alta.

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

3. Guarde la copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 También puede ver el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, use el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista de alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*]) le explica cómo puede

comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, contáctenos**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que deba pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que se comuniquen con nosotros le proporcionaremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista de alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo quiere.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista de alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsar** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Estamos obligados a informarle con anticipación si decidimos que corresponde cancelar la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su cuidado por un periodo de tiempo más prolongado.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir el cuidado.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió *Notice of Medicare Non-Coverage* [*Aviso de no cobertura de Medicare*] se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigor** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene sus derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.****Término legal:**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo quiere.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le da nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores aceptan?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?***

- **Debemos reembolsar** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelaciones de nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.

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

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelaciones de nivel 4

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

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelaciones de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelaciones de nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelaciones de nivel 4

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

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelaciones de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?

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

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Siente que lo han alentado a retirarse de nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? • ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos pidió que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

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

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Nuestro plan acepta quejas formales orales o escritas, siempre y cuando la queja formal se envíe dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que generó la queja formal. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos cualquier información adicional que sea necesaria para revisar completamente su queja formal. Nuestro plan responderá a su queja formal tan pronto como su estado lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la queja formal. En algunas circunstancias, es posible que le convenga presentar una queja formal rápida (“acelerada”). Las circunstancias en las que puede que le convenga presentar una queja formal rápida son cuando quiere presentar una queja acerca de lo siguiente:
 - Prolongamos el período para tomar una decisión en relación con una solicitud de servicios o una apelación; o
 - Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le permitiremos una queja “rápida”. Si tiene una queja “rápida”, significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja relacionada con ElderServeStar (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su participación en el plan ElderServe Star (HMO I-SNP) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su participación en ElderServe Star (HMO I-SNP) en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un centro de cuidados, puede **cancelar su membresía** en ElderServe Star (HMO I-SNP) en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un nuevo plan**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta,
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Generalmente, su **membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.2 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en ElderServe Star (HMO I-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en ElderServe Star (HMO I-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 • Se cancelará su inscripción en ElderServe Star (HMO I-SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

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

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si lo internan el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 ElderServe Star (HMO I-SNP) debe finalizar nuestra membresía al plan en ciertas situaciones

ElderServe Star (HMO I-SNP) debe finalizar su participación en nuestro plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
 - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses, se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan
 - o bien, ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que le brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o quiere recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para miembros al 1-800-580-7000 (los usuarios TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

ElderServe Star (HMO I-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que se retire de nuestro plan por razones de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros 1-800-580-7000 (los usuarios TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Conforme con la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), ElderServe Star (HMO I-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos

Capítulo 11 Avisos legales

derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Capítulo 12 Definiciones

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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

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

Capítulo 12 Definiciones

Cancelar o cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

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

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: Un monto que es posible que deba pagar como parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Capítulo 12 Definiciones

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación

Capítulo 12 Definiciones

de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de ElderServe Star (HMO I-SNP), solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Capítulo 12 Definiciones

Hospitalización: Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de buena práctica médica.

Medicamento de marca: Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso como medicamentos cubiertos por la Parte D por la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: Es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Un monto que se suma a su plan mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Capítulo 12 Definiciones

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde. Original Medicare consta de 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: Consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período de tiempo entre el 1 de enero y el 31 de marzo es para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción abierto: El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si se rompe nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales de cuidado crónico (C-SNP): Los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales equivalentes a instituciones (IE-SNP): Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de una PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de

Capítulo 12 Definiciones

los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: El plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas débiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio Máximo Justo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Capítulo 12 Definiciones

Prima: El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidados médicos para revisar los medicamentos.

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

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: **Proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni los opera nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este no abarca disputas sobre la cobertura o el pago.

Referencia: Una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen cuidados de rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (paciente externo), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia. Se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra, no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas, o los brotes inesperados de las afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios preventivos: Cuidado médico para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los

Capítulo 12 Definiciones

servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Adicional.

Tratamiento escalonado: Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicio al Cliente de ElderServe Star (HMO I-SNP)

Método	Servicios para los miembros: Información de contacto
Llame al	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Servicios para Miembros 1-800-580-7000 (los miembros TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
Escriba a	ElderServe Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Sitio web	www.ElderServeHealth.org

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de New York)

HIICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que están inscritas en Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-701-0501
TTY	212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Método	Información de contacto
Escriba a	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 <i>Nassau County</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501 <i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

