



QualityHealthPlans

of New York

"Where Quality Healthcare Begins"



Evidencia de Cobertura

Advantage Silver-Queens



H2773_QHPNY0743S File & Use 09/19/2014

Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2015

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de Advantage Silver Queens (HMO)

Este manual le proporciona los detalles acerca de su plan de salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2015. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos recetados que necesita. **Esta carta es un documento legal importante. Manténgala en un lugar seguro.**

Este plan, *Advantage Silver Queens*, es ofrecido por *Quality Health Plans of New York*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, significa *Quality Health Plans of New York*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *Advantage Silver Queens*

Quality Health Plans of New York es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en los Planes de Salud de Calidad de Nueva York depende de la renovación del contrato.

Esta información se encuentra disponible gratis en otros idiomas. Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros al 877-233-7058 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las horas de atención son el horario es de Domingo a Sábado, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 1 de Octubre al 14 de Febrero y de Lunes a Viernes, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 15 de Febrero al 30 Septiembre. Los Servicios para Miembros tienen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 877-233-7058 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are Sunday through Saturday, 8:00 am - 8:00 pm Eastern from October 1 to February 14, and Monday through Friday, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Eastern from February 15 to September 30. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra grande o en otros formatos alternativos. Por favor, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-233-7058 para obtener información adicional.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2016.

Evidencia de Cobertura 2015

Tabla de contenido

Esta lista de capítulos y números de página es sólo un punto de inicio. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, diríjase a la primera página de un capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro.....1

Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Informa sobre el material que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de miembro del plan y la actualización de su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes14

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (*Advantage Silver Queens*) y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos33Error! Bookmark not defined.

Explica temas importantes que usted debe conocer sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen los proveedores en la red del plan y la forma de obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)48

Incluye detalles acerca de los tipos de atención médica que están o *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D79

Explica las normas que debe cumplir cuando recibe medicamentos de la Parte D. Informa sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Informa sobre los tipos de medicamentos que no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde comprar sus

medicamentos. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D Error! Bookmark not defined. **0**

Informa sobre las 3 etapas de cobertura de medicamentos (Etapas de Cobertura Inicial, Período sin Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas etapas afectan el pago de sus medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos126

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidadesError! Bookmark not defined. **33**

Explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si cree que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....Error! Bookmark not defined. **44**

Le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan. Explica como solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene dificultades para obtener atención médica que, en su opinión, está cubierta por nuestro plan. Esto incluye solicitar que nuestro plan continúe cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura está por terminar demasiado pronto.

Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras.

Capítulo 10. Terminación de su membresía en el planError! Bookmark not defined. **04**

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

Capítulo 11. Avisos legales213

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes.....Error! Bookmark not defined. **15**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	2
Sección 1.1	<i>Usted está inscrito en Advantage Silver Queens, que es un plan Medicare HMO</i>	<i>2</i>
Sección 1.2	<i>¿De qué se trata el manual de la Evidencia de Cobertura?</i>	<i>2</i>
Sección 1.3	<i>¿Qué le informa este capítulo?.....</i>	<i>3</i>
Sección 1.4	<i>¿Qué sucede si usted es nuevo en Advantage Silver Queens?.....</i>	<i>3</i>
Sección 1.5	<i>Información legal sobre la Evidencia de Cobertura</i>	<i>3</i>
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	4
Sección 2.1	<i>Sus requisitos de elegibilidad.....</i>	<i>4</i>
Sección 2.2	<i>¿Qué son las Partes A y B de Medicare?</i>	<i>4</i>
Sección 2.3	<i>Ésta es el área de servicio del plan Advantage Silver Queens.....</i>	<i>4</i>
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	5
Sección 3.1	<i>Tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener todos los servicios médicos y las recetas médicas cubiertas</i>	<i>5</i>
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores: su guía de todos los proveedores de la red del plan.....</i>	<i>5</i>
Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias: su guía de las farmacias en nuestra red</i>	<i>6</i>
Sección 3.4	<i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.....</i>	<i>7</i>
Sección 3.5	<i>La Explicación de beneficios (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D.....</i>	<i>7</i>
Sección 4.1	<i>¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?</i>	<i>7</i>
Sección 4.2	<i>Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias maneras de pagar su multa,</i>	<i>9</i>
Sección 4.3	<i>¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....</i>	<i>10</i>

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan11

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted11

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud12

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud.....12

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan12

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....12

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	<i>Usted está inscrito en Advantage Silver Queens, que es un plan Medicare HMO</i>
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Advantage Silver Queens.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Advantage Silver Queens es un Plan Medicare Advantage de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare HMO está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada.

Sección 1.2	<i>¿De qué se trata el manual de la Evidencia de Cobertura?</i>
--------------------	--

Este manual de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo recibir la atención médica y las recetas médicas cubiertas de Medicare a través de nuestro plan. Este manual le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, Advantage Silver Queens, es ofrecido por Quality Health Plans of New York. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, significa Quality Health Plans of New York. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Silver Queens

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos y a los medicamentos recetados que tendrá disponibles como miembro de Advantage Silver Queens.

Sección 1.3 ¿Qué le informa este capítulo?

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

- ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nuestra parte?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
- ¿Cómo mantiene la información de su registro de miembro actualizada?

Sección 1.4 ¿Qué sucede si usted es nuevo en Advantage Silver Queens?

Si es un miembro nuevo, entonces es importante que conozca cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que se tome un tiempo para leer este manual de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si sólo tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Advantage Silver Queens cubre su cuidado de la salud. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “anexos” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Advantage Silver Queens entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015.

Cada año, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Advantage Silver Queens después del 31 de Diciembre de 2015. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de Diciembre de 2015.

Medicare debe autorizar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Advantage Silver Queens cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su autorización del mismo.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- y -- tiene las Partes A y B de Medicare;
- y -- no padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, como por ejemplo si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o fue miembro de un plan diferente que fue anulado.
-

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

La primera vez que se inscribió en Medicare, usted recibió información acerca de los servicios cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios ofrecidos por proveedores institucionales como hospitales (para servicios de internación), centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos suministros (como equipos médicos duraderos y suministros).

Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan Advantage Silver Queens

Aunque Medicare es un programa Federal, Advantage Silver N está disponible sólo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en dicha área de servicio. El área de servicio se describe

Nuestra área de servicio incluye este condado en New York: Queens

Si usted planea mudarse fuera del área de servicios llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: utilízela para obtener todos los servicios médicos y las recetas médicas cubiertas

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para las recetas médicas que obtiene en las farmacias de la red. A continuación le presentamos una muestra de la tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:

QHP Quality Health Plans of New York		Medicare Advantage Plans	
Name: Jane S. Doe	Effective Date: 01/01/2015	This card must be presented when requesting services. All services must be pre-authorized by the Primary Care Provider, except in cases of emergencies, urgently needed service or out of service area renal dialysis.	
Member ID: MCR000012	Plan: Advantage Silver NY	All emergency and/or urgently needed services are to be administered immediately and Quality Health Plans of New York is to be notified as soon as possible.	
Plan#: 013	Group: QLIM	AUTHORIZATIONS: Toll Free: 1-877-233-7058	
PCP: Raymond Goodguy	PCP Phone: (123)456-7890	PRESCRIPTION DRUG PLANS	
Customer Service: 1-877-233-7058	Copays:	Pharmacy Benefits are managed by AmWINS Rx	
TTY/TDD: 711	PCP: \$0	Pharmacy Help Desk: 1-877-681-4984 Hours: 24 hours, 7 days a week	
Rx Bin: 014848	Specialist: \$15	Claims Submission: Quality Health Plans of New York	
Rx PCN: MEDD	ER/UC: \$50/\$15	Attention Claims Dept.	
Rx Group: 013	Hospital: \$150 Days 1-7, \$0 Days 8-90	P.O. Box 340397 - Tampa FL 33694	
Issuer: 80840		Phone: 1-877-233-7058	
CMS Contract #: H2773		www.qualityhealthplansny.com	
	Medicare_{Rx} Prescription Drug Coverage		

Mientras sea miembro de nuestro plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Conserve esa tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Esto es muy importante por la siguiente razón: si recibe los servicios cubiertos usando la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de miembro de Advantage Silver Queens mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.2 Directorio de proveedores: su guía de todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* ofrece un listado de los proveedores de nuestra red.

¿Quiénes son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de servicios médicos que tienen un acuerdo con nosotros para

aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado que dichos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan usted debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, la atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que Advantage Silver Queens autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no posee su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Puede solicitar en Servicios para Miembros más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus títulos. También puede consultar el *Directorio de Proveedores* en <http://qualityhealthplansny.com>, o descargarlo de este sitio web. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden ofrecerle información actualizada acerca de cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias: su guía de las farmacias en nuestra red</i>
--------------------	--

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Nuestro *Directorio de Farmacias* le proporciona una lista completa de las farmacias de la red, esto implica todas las farmacias que acordaron cubrir las recetas de medicamentos cubiertos de los miembros de nuestro plan.

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

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Es importante debido a que, con algunas excepciones, debe presentar sus recetas en alguna de las farmacias de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar la información en nuestro sitio web en <http://qualityhealthplansny.com>

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar le denominamos “lista de medicamentos”. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por Advantage Silver Queens. El plan selecciona estos medicamentos, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Advantage Silver Queens

Además, la Lista de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de algunos medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (<http://qualityhealthplansny.com>) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.5 La Explicación de beneficios (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se conoce como *Explicación de beneficios* (o “EOB”, por sus siglas en inglés).

La *Explicación de Beneficios* le indica la cantidad total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo puede ayudarle a mantener un registro de la cobertura de sus medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la *Explicación de Beneficios* a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Advantage Silver Queens

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, debe pagar una prima mensual del plan.: No paga prima mensual por separado para Advantage Silver Queens. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima de su plan puede ser mayor

: Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período de 63 días consecutivos o más sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía.
 - En caso en que deba pagar la multa por inscripción tardía, la cantidad de la multa dependerá de cuánto se demoró en inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. La Sección 10 del Capítulo 6 explica la multa por inscripción tardía.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía y no lo hace, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 anterior, para reunir los requisitos para nuestro plan, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan (que no son elegibles para la Parte A de Medicare sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para mantenerse como miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o superior para una persona (o personas casadas que realizan la presentación por separado) o \$170,000 o superior para parejas casadas, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare) para la cobertura de la Parte D de Medicare.**

- **Si debe pagar una cantidad adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
- Si desea más información acerca de las primas de la Parte D sobre el ingreso, consulte la Sección 11 en el Capítulo 4 de este manual. Además, puede visitar el sitio Web <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-

486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2015* le informa acerca de las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2015”. Esta sección explica cómo las primas de las Partes B y D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2015* del sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias maneras de pagar su multa,
--------------------	--

Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay 2 maneras de pagar la multa. Puede seleccionar su opción de pago preferida en el momento de su aplicación se toma primero y usted puede cambiar su opción de pago llamando o escribiendo a Servicios para Miembros.

Si decide cambiar la manera de pagar su multa por inscripción tardía, la entrada en vigencia de su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía se pague oportunamente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si usted desea pagar su multa por inscripción tardía (LEP) mediante cheque, una Declaración de la prima del plan será enviado a usted durante la última semana del mes para el que se aplica la prima. El pago se debe el primer día del segundo mes siguiente al mes de suscripción. Por ejemplo, la declaración de la prima del plan para enero sería enviada a usted al final de enero, y el pago se debería a 01 de marzo Los cheques deben hacerse a nombre de Quality Health Plans (no CMS o HHS) y enviado por correo a:

Quality Health Plans of New York
6916 W Linebaugh Avenue, Suite 101
Tampa, FL 33625

Opción 2: Se puede deducir la multa por inscripción tardía de su cheque mensual del Seguro Social

Se puede deducir la multa por inscripción tardía de su cheque mensual del Seguro Social Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la de este modo. Será un placer ayudarle a establecer este sistema. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Qué hacer en caso de tener problemas para pagar la multa por inscripción tardía

Su multa por inscripción tardía vence en nuestra oficina el día 1 del mes. Si no recibimos el pago de la multa antes de 15 del mes, le enviaremos un aviso informándole la terminación del plan si no recibimos la multa por inscripción tardía dentro de 30 días. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

En caso de tener problemas para pagar la multa por inscripción tardía a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para saber si le podemos recomendar programas que lo ayudarán con la multa. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Si se da por terminada su membresía debido a la falta de pago de la multa por inscripción tardía, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, podrá inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga cobertura de la Parte D.)

Si se da por terminada su membresía debido a la falta de pago de la multa por inscripción tardía, tendrá cobertura de salud dentro de Medicare Original.

Al momento de terminar su membresía, es posible que usted aún nos deba la multa que no pagó. Tenemos el derecho de perseguir el cobro de la multa que usted adeuda. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si piensa que dimos por terminada su membresía por error, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 en el Capítulo 9 de este manual le indica cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitar a Medicare que reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el año próximo le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos es posible que usted deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (Es posible que la multa por inscripción tardía se aplique

si usted no tuvo una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período de 63 días consecutivos o más.) Esto podría suceder si es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde la elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía y reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si actualmente el programa de “Ayuda Adicional” paga su multa por inscripción tardía y usted pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su multa.

Podrá conocer más acerca del programa de “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de miembro tiene la información del formulario de inscripción, incluyendo su dirección y su número de teléfono. El registro muestra la cobertura específica de su plan incluyendo su Médico de cuidados primarios.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Dichos proveedores de la red usan su registro de miembro para conocer los servicios y medicamentos que están cubiertos y las cantidades del costo compartido.** Por consiguiente, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue admitido en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como por ejemplo, el cuidador).
- Si está participando de un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

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

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

Medicare exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted posee otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde figura cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra allí, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.4 en el Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, sólo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primario no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura del plan de salud grupal de su empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su empleador actual o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una incapacidad o porque tiene una Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o su familiar está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los seguros siguientes siempre pagan primero:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.) Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y puntualmente.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Silver Queens (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)	15
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	21
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)	23
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)	24
SECCIÓN 5 Seguro Social	25
SECCIÓN 6 Medicaid (programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados).....	26
SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus recetas médicas	27
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	32

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Silver Queens (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan

Para recibir ayuda con reclamos o facturación, o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Advantage Silver Queens. Será un placer ayudarle.

Servicios para Miembros	
LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratis. Las horas y los días son Domingo a Sábado, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 1 de Octubre al 14 de Febrero y de Lunes a Viernes, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 15 de Febrero al 30 Septiembre. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas y los días son Domingo a Sábado, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 1 de Octubre al 14 de Febrero y de Lunes a Viernes, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 15 de Febrero al 30 Septiembre.
FAX	1-877-817-1008
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea más información acerca

de cómo solicitar decisiones de cobertura de atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Si tiene preguntas acerca del proceso de decisión de cobertura, puede comunicarse con nosotros.

Decisiones de cobertura para la atención médica	
LLAME	1-888-814-6336 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Las autorizaciones están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Las autorizaciones están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana.
FAX	1-877-817-1008
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Apelaciones para atención médica

LLAME	1-877-233-7058
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
FAX	1-877-817-1008
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Quejas acerca de la atención médica	
LLAME	1-877-233-7058
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
FAX	1-877-817-1008
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja respecto de Advantage Silver-NY directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los representantes están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los representantes están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

FAX	1-877-817-0842
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los representantes están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los representantes están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
FAX	1-877-817-0842
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
FAX	1-877-817-0842
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy Suite 17 Ronkonkoma, NY 11779
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja respecto de Advantage Silver Queens directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido

Si desea más información acerca de situaciones en las que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Solicitudes de pago	
LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
FAX	1-877-463-5005
ESCRIBA A	Claims Department P O Box 340397 Tampa, FL 33694-0397
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

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

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

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Medicare

LLAME	<p>1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Éste es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, posee información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p>Asimismo, el sitio web de Medicare posee información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser los gastos directos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga respecto de Advantage Silver Queens</p> <p>Informe a Medicare acerca de su queja: Puede presentar una queja respecto de Advantage Silver Queens directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.</p> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para</p>

personas de la tercera edad pueden ayudarle a visitar el sitio web desde una computadora. O puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En New York, el programa SHIP se llama Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) es independiente (no tiene conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito a las personas con Medicare.

Los asesores de Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Además, los asesores de Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)(New York SHIP)	
LLAME	1-800-701-0501
ESCRIBA A	Suffolk County Office for the Aging P.O. Box 6100 - H. Lee Dennison Building 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099

Nassau County Office of Children and Family Services 510 Hempstead Turnpike Suite 202 West Hempstead, New York 11552	
New York City Department for the Aging Two Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392 212-442-1382	
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

En cada estado existe una Organización para el Mejoramiento de Calidad. En New York, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama LIVANTA

LIVANTA cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. LIVANTA es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe comunicarse con LIVANTA en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja acerca de la calidad de atención recibida.
- Si piensa que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando antes de tiempo.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro ambulatorio de rehabilitación completa (CORF, por su sigla en inglés) están terminando antes de tiempo.

LIVANTA (New York's Quality Improvement Organization)	
LLAME	866-815-5440
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10

Annapolis Junction, MD 20701	
FAX	Apelaciones: 855-236-2423 Todos los otros comentarios: 844-420-6671

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos de Estados Unidos de 65 años o más, o con discapacidades, o que padezcan Enfermedad Renal Terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también se ocupa de determinar quién debe pagar una cantidad extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a un ingreso superior. Si recibe una carta del Seguro Social informándole que debe pagar este monto adicional y tiene preguntas relacionadas con la cantidad o si su ingreso disminuyó por un acontecimiento que cambió su vida, usted puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Es importante que llame y avise al Seguro Social si usted se muda o cambia de dirección postal.

Seguro Social	
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites durante las 24 horas.

TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de Lunes a Viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para tener Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con New York State Medicaid

New York State Medicaid - Contact Information (Programa Medicaid de New York)	
Suffolk County: Local Departments of Social Services	
LLAME	(631) 854-9700
ESCRIBA A	3085 Veterans Memorial Highway Ronkonkoma, New York 11788-8900
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Nassau County: Local Departments of Social Services	
LLAME	(516) 227-7474
ESCRIBA A	60 Charles Lindbergh Blvd., Uniondale, New York 11553-3656
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Richmond County: Human Resources Administration	
LLAME	(718) 557-1399
ESCRIBA A	215 Bay Street Staten Island, NY 10301
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus recetas médicas

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare les proporciona a las personas con ingresos y recursos limitados una “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o su automóvil. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar cualquier prima mensual de su plan de recetas médicas, el deducible anual, y los copagos de recetas. Esta “Ayuda Adicional” también se tendrá en cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional”. Algunas personas son elegibles automáticamente para la “Ayuda Adicional” y no

necesitan inscribirse. Medicare les envía una carta a las personas que son elegibles automáticamente para la “Ayuda Adicional”.

Puede recibir “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus recetas médicas. Para saber si es elegible para obtener la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 AM a 7 PM, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778; o bien
- La oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que es elegible para la “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecto al recibir su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, que nos la proporcione.

- El tipo de documentos que son aceptables por Medicare para la mejor evidencia disponible son:
 - o Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Una copia impresa del archivo electrónico estatal de inscripción que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Una impresión de pantalla del sistema de Medicaid del estado que indique su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Otra documentación proporcionada por el Estado muestra el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - o Para las personas que no se consideran elegibles, pero que aplican y resultan elegibles LIS, una copia de la carta de adjudicación de la SSA.
- Si no está seguro de qué documentación se necesita para la mejor evidencia disponible, por favor póngase en contacto con Servicios para Miembros y le diremos cuáles documentos son aceptables. Una vez que se cuente con la documentación, Servicios para Miembros puede decirle dónde enviar la información al plan con el fin de actualizar sus registros con la cantidad de costo compartido correcta
- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente. Le enviaremos un cheque con el monto del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa

deuda, le pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, le pagaremos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura

El Programa de Medicare de descuentos durante el Período sin Cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado a la brecha de cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Un descuento del 50% sobre el precio negociado (sin incluir los costos por entrega y vacunación, si existieran) se encuentra disponible para los medicamentos de marca de fabricantes que hayan acordado pagar el descuento. El plan paga un 2.5% adicional y usted paga el 47.5% restante por sus medicamentos de marca.

Si usted llega a la brecha de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture su receta y la Explicación de Beneficios (EOB) mostrará los descuentos proporcionados. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para el gasto directo de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar a la Etapa de Falta de Cobertura o al Período sin Cobertura.

Además, recibe cobertura para algunos medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga el 28% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 72% restante del precio. La cobertura para medicamentos genéricos funciona de manera diferente a la cobertura para medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (28%) no se tiene en cuenta para sus costos de bolsillo. Solamente cuenta el monto que usted paga y le ayuda a pasar el período sin cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que esté tomando o acerca del Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura en general, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), o cualquier otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda Adicional”), aún así recibe el 50% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% del costo de los medicamentos de marca durante la brecha de cobertura. El 50% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP u otra cobertura.

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

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas-ADAP elegibles que viven con VIH / SIDA tienen acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido. Nota: Para ser elegible para el ADAP operativo en su Estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado, y no asegurados estado / con seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un programa ADAP, puede continuar para ofrecerle la Parte D de Medicare prescripción asistencia de costo compartido para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Con el fin de asegurarse de continuar recibiendo esta ayuda, por favor notifique a su ADAP trabajador matrícula locales de cualquier cambio en su nombre de plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

HIV Uninsured Care Programs
Empire Station
P.O. Box 2052
Albany, NY 12220-0052

Horario del Programa de atención: Lunes - Viernes, de 8:00 AM - 5:00 PM

In State - Toll Free 1-800-542-2437
Out of State - (518) 459-1641
TDD - (518) 459-0121

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame

In State - Toll Free 1-800-542-2437
Out of State - (518) 459-1641
TDD - (518) 459-0121

¿Qué sucede si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de las recetas médicas? ¿Puede recibir los descuentos?

No. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, ya cuenta con cobertura para los costos de medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?

Si cree que ha llegado a la brecha de cobertura y no recibió un descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe consultar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios* (EOB). Si el descuento no aparece en la *Explicación de Beneficios*, debe comunicarse con nosotros para

asegurarse de que sus registros de recetas son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus recetas médicas basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Dichos programas proporcionan ayuda financiera para medicamentos recetados a personas con discapacidades y a personas de la tercera edad con necesidades médicas y bajos ingresos. En New York, el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica es New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC).

New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)– Contact Information (Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica de New York)	
LLAME	1-800-332-3742
TTY	TTY 1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal

Junta de Retiro Ferroviario	
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 9:00 AM a 3:30 PM de Lunes a Viernes. Si tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o un grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/sindicato o Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de los beneficios de salud, primas o período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

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

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan.....	35
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	35
Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	35
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 37	
Sección 2.1	Usted debe elegir un médico de cuidados primarios (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica	37
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios?	37
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	38
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red.....	39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica	40
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	40
Sección 3.2	Obtención de atención médica en caso de urgencia.....	41
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 42	
Sección 4.1	Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	42
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total	42
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	43
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	43
Sección 5.2	Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	44

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”	45
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?.....	45
Sección 6.2 ¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan?	45
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	46
Sección 7.1 ¿Será dueño de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?.....	46

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica esté cubierta. Le proporciona definiciones de términos y le explica las normas que deberá cumplir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe dicha atención, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo recibir la atención y los servicios que usted tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos coordinado que dichos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red generalmente nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, generalmente paga sólo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se encuentran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Advantage Silver Queens debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

Advantage Silver Queens generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).

- **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
- **Usted tenga un médico de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de cuidados primarios de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe dar su aprobación previa antes de poder usar otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o agencias de cuidados de la salud en el hogar. Esto se conoce como “referido”. Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No es necesario ser referido por su médico de cuidados primarios para recibir servicios de emergencia o atención urgente. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su médico de cuidados primarios (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red del plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o la atención urgente que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios de emergencia o atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de la red no pueden proporcionar esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de cuidados primarios (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un médico de cuidados primarios o un “PCP” y qué hace por usted?

Cuando te conviertes en un miembro de Advantage Silver Queens-, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un profesional de salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista, generalmente es necesario para obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una "derivación" a un especialista).

¿Cómo selecciona su médico de cuidados primarios (PCP)?

Usted puede elegir su PCP utilizando el Directorio de Proveedores o llamando a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Cambio de su médico de cuidados primarios (PCP)

Puede cambiar su médico de cuidados primarios (PCP) por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su médico de cuidados primarios deje de pertenecer a la red de proveedores del plan por lo que debería buscar un nuevo médico de cuidados primarios.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros de teléfono gratuito al 1-877-233-7058 (TTY 711) de lunes a viernes de 8am a 8pm. Su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

Cuando llame, asegúrese de decirle a Servicio al Cliente si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios (PCP).

- Atención médica femenina de rutina, lo que incluye exámenes del seno, mamografías (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe la neumonía siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención de urgencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red temporalmente no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos, por ejemplo, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre de viaje. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.

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

El especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas enfermedades óseas, musculares o articulares.
- Cuando su PCP considere que usted necesita tratamiento especializado, él / ella le dará una remisión (aprobación por adelantado) para ver a un especialista de la red u otros proveedores. Para algunos tipos de referencias, su PCP puede necesitar obtener aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.
- • Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista de la red oa otros proveedores (hay algunas excepciones, incluida la atención médica femenina de rutina, como se explica en la sección 2.2 de este capítulo). Si usted no tiene una referencia (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

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

En algunas ocasiones, es posible que un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de la red que lo atiende abandone el plan. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja su plan tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le facilitará el acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas cualificados.

- Cuando sea posible se le proporcionará con una antelación mínima de 30 días de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudará a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si se somete a un tratamiento médico que usted tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted para asegurar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no es interrumpido.
- Si usted cree que no le hemos amueblado con un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo manejado apropiadamente usted tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si usted descubre que su médico o especialista está dejando su plan, por favor contacte con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y la administración de su Si surge una situación de urgencia durante su transición a un nuevo proveedor, por favor llame al 1-877-233-7058 o TTY 711 entre las horas de 8:00 am y 8:00 pm, de Lunes - Sábado para que podamos organizar la atención médica necesaria.cuidado.

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red
--------------------	--

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Antes de buscar la atención de un proveedor fuera de la red, consulte a su médico de atención primaria (PCP). Él o ella nos notificará solicitando la aprobación del plan ("autorización previa"). Si recibe atención de no emergencia de proveedores fuera de la red sin autorización previa, deberá pagar el costo completo usted mismo. Casos limitados, como cuidado de emergencia, atención de urgencia cuando la red no está disponible, o diálisis fuera del área de

servicio, no requieren autorización previa y siempre están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red, incluso cuando usted los recibe de fuera proveedores de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?

Una “**emergencia médica**” ocurre cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.

Si se encuentra ante una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia, si fuera necesario. *No* necesita obtener una aprobación o referido previo de su médico de cuidados primarios (PCP).
- **Asegúrese de informar a nuestro plan acerca de su emergencia tan pronto como sea posible.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros de teléfono gratuito al 1-877-233-7058 (TTY 711) de lunes a viernes de 8am a 8pm.
- **¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?**

Puede obtener cobertura de los servicios de emergencia cuando los necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner su salud en peligro. Si desea más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que atienden su emergencia para ayudar a administrar y realizar el seguimiento posterior. Los médicos que le proporcionan servicios médicos de emergencia decidirán el momento en que su condición sea estable y la emergencia haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. El plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su atención cuando su problema de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no es una emergencia médica?

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por servicios de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos atención médica adicional *solo* si obtiene la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- – o – La atención médica adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener dicha atención (para obtener más información consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtención de atención médica en caso de urgencia

¿Qué es la “atención de urgencia”?

La “atención de urgencia” requiere atención médica de inmediato debido a una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto pero no de emergencia. La atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles. El problema de salud imprevisto puede ser, por ejemplo, el agravamiento de una enfermedad conocida que usted padece.

¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

En la mayoría de los casos, si se encuentra dentro del área de servicio del plan, cubriremos la atención médica urgente *solo* si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las normas mencionadas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red no se encuentran disponibles temporalmente, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

- Para obtener una lista de los proveedores de atención de urgencia de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores o visite nuestro sitio web en www.qualityhealthplansny.com.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto)

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

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

Nuestro plan no cubre la atención médica urgente o cualquier otra atención médica si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos
--------------------	---

Si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total
--------------------	--

Advantage Silver Queens cubre todos los servicios médicos necesarios por razones médicas, que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (dicha tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

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

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. **PAGAR LOS COSTOS UNA VEZ QUE SE HAYA ALCANZADO EL LÍMITE DE BENEFICIOS CONTARÁN PARA EL MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO.** Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también conocido como “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitan voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si una nueva estrategia funciona y si es segura.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte totalmente lo que implica su participación en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su médico de cuidados primarios (PCP). Los proveedores que le ofrecen atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí deberá notificarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica.** Estas son las razones por las cuales debe notificarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos informarle qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si usted piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 5.2 **Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?**

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Alojamiento y comida por la estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no formaba parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención médica.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan.

A continuación se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido:

Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicho análisis es de \$20 dentro del Medicare Original, pero el análisis le costaría sólo \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría dentro de los beneficios de nuestro plan.

A fin de que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto le debemos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubra el producto o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los productos o servicios proporcionados solo para recopilar datos, y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su problema de salud generalmente requiere solo una.

¿Desea saber más?

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

SECCIÓN 6 **Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”**

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es una institución que proporciona atención para una enfermedad que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del miembro, en su lugar nuestro plan proporcionará cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud. Puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio sólo se proporciona para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención no médica de la salud). Medicare solo pagará por los servicios de atención no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2	¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan?
--------------------	---

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para servicios de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone voluntariamente a aceptar el tratamiento médico “no excluyente”.

- La atención médica o el tratamiento “no obligatorio” es cualquier atención médica o tratamiento *voluntario* y *no obligatorio* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “obligatorio” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para servicios de salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución que se proporcionen en su hogar, nuestro plan cubrirá esos servicios sólo si su enfermedad normalmente cumpliría con las condiciones para la cobertura de los servicios proporcionados por las agencias de cuidado de la salud en el hogar que no son instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.
- Si recibe servicios de esta institución proporcionados en un centro médico se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para recibir atención de internación o en un centro de enfermería especializada.
 - – y – Debe tener un problema de salud que le permita recibir servicios cubiertos de atención de internación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

Límites de cobertura de hospitalización de Medicare se aplican como se describe en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos tales como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis siempre pertenecen al miembro del plan. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En el Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de realizar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Advantage Silver Queens*, usted no será poseedor de equipo médico duradero alquilado independientemente de la cantidad de copagos que realice por el equipo mientras sea miembro de nuestro plan.

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

Si cambia a Medicare Original después de ser miembro de nuestro plan: si no adquirió la posesión del equipo médico duradero mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo mientras se encuentra en Medicare Original para adquirir la posesión del mismo. Sus pagos anteriores mientras se encontraba en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó pagos para el equipo médico duradero dentro del Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, dichos pagos previos a Medicare Original tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos por el equipo

dentro de Medicare Original para obtener la posesión. No existen excepciones a esta situación cuando regresa a Medicare Original

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

SECCIÓN 1	Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos	49
Sección 1.1	Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos	49
Sección 1.2	¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?.....	49
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos"	50
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	51
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	51
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	76
Sección 3.1	Beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	76

SECCIÓN 1 Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que detalla los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Advantage Silver Queens. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de los pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca del coseguro.)

Algunas personas son elegibles para los programas estatales de Medicaid que los ayudan a pagar los gastos directos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB), Persona calificada (QI) y Trabajadores discapacitados calificados (QDWI)). Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que deba pagar un copago por el servicio, dependiendo de las normas de su estado.

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?
--

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año para servicios médicos de la red que están cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se conoce como la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de Advantage Silver Queens el máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red: de las Partes A y B en 2015 es de \$3,400. Las cantidades que usted paga por copagos y coseguro para servicios cubiertos dentro de la red se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. Estos beneficios se marcan con un asterisco en la

Tabla de beneficios médicos.) Si alcanza la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo de \$3,400, no deberá pagar más costos de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de las partes A y B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos"
--------------------	--

Como miembro de Advantage Silver Queens, un elemento importante para su protección es que usted solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado conocido como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga sólo esa cantidad por cualquier servicio cubierto por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido).
 - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes lista los servicios que cubre Advantage Silver Queens y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 ofrece más información acerca de los requisitos para utilizar proveedores de la red y de las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su médico de cuidados primarios debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como “referido”. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de la obtención de un referido y de las situaciones en las que no necesita un referido.
- de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.
- Como todos los planes de salud de Medicare, *cubrimos* todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si desea conocer más acerca de la cobertura y los *costos de Medicare Original*, consulte el manual *Medicare y Usted 2014*. Visite <http://www.medicare.gov> o solicite una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro de Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si usted también recibe tratamiento o control por un problema de salud existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida del



problema de salud existente.




- En algunos casos, Medicare agrega cobertura de nuevos servicios bajo Medicare Original durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios durante 2014, Medicare o nuestro plan cubrirán estos servicios.







Verá esta manzana al lado del servicio preventivo en la tabla de beneficios.



Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
 Examen de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido que se realiza una sola vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si obtiene un referido como resultado de la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
Servicios de ambulancia <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria al centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención si se proporciona a un miembro cuyo problema de salud no permite que utilice otro medio de transporte (que podría ser perjudicial para su salud) o si está autorizado por el plan.• El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la enfermedad del miembro es tal que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud) y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas.	Copago de \$ 125 para un viaje de ida
 Examen Anual de Bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual para elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Este examen está cubierto cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Nota: su primera visita anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de “Bienvenido a Medicare” para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare</p>
<p> Examen de detección del cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de senos cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento para miembros que reúnen ciertos requisitos con referido. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos e intensos.</p>	<p>Servicios cardíaco (corazón) de rehabilitación (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día para un máximo de 36 sesiones de hasta 36 semanas): \$ 30 de copago</p>
<p> Visita para reducir el riesgo de enfermedad</p>	<p>No hay coseguro, copago</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>cardiovascular (tratamiento para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos 1 visita anual con su médico de cuidados primarios para ayudar a reducir su riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá discutir el uso de aspirina (si correspondiera), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que coma bien.</p>	<p>ni deducible para la terapia conductual beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular intensiva.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas a un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible por pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: los exámenes Papanicolaou y pélvico se cubren cada 24 meses.• Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou y está en edad de concebir: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para Pap preventivos cubiertos por Medicare y exámenes pélvicos.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	<p>Copago de \$ 15</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Examen para la detección del cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses• Análisis de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses. <p>Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de colonoscopia (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos:</p> <p>Hasta 1 examen oral cada año</p> <p>Hasta 1 limpieza cada seis meses</p> <p>Las radiografías dentales</p>	<p>Usted no paga por los servicios cubiertos</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos 1 examen para detectar la depresión por año. El examen se realizará en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Evaluación de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Medicare también paga por estas pruebas si cumple con otros requisitos, tales como si tiene exceso de peso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta dos pruebas de diabetes al año.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el Medicare cubre las pruebas de detección de diabetes.</p>
<p> Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre Monitor de glucosa en la sangre, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas y soluciones para el control de glucosa para verificar la precisión de las tiras para las pruebas y los monitores.• Para los diabéticos que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: Un par, por año calendario, de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no adaptadas provistas con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.• El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>
Equipo médico duradero y suministros relacionados	0-20% del costo,

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>(Si desea la definición de “equipo médico duradero” consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los suministros cubiertos incluyen pero no se limitan a: silla de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.</p>	<p>dependiendo del equipo</p> <p>Si usted va a un proveedor preferido, su costo puede ser menor.</p> <p>Póngase en contacto con nosotros para una lista de proveedores preferidos.</p>
<p>Servicios de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Provistos por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y• Necesarios para evaluar o estabilizar una problema de salud de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.</p>	<p>Copago de \$ 65</p> <p>Si usted es admitido en el hospital dentro de las 23 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía para otros gastos.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente internado después de que se estabilice su problema de emergencia, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que la cobertura de</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	su atención continúe <i>O</i> usted debe internarse en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el mayor costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.
 Programas educativos para la salud y el bienestar: <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Salud • Visitas para dejar el consumo de tabaco • Membresía / Clases de gimnasia • Monitorización basada en Web / Teléfono 	Dentro de la red Copago de \$ 0 Se pueden aplicar reglas de autorización
<p>Servicios de audición</p> <p>Los estudios diagnósticos de audición y equilibrio realizados por el MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Algunos exámenes rutinarios de audición, aparatos auditivos, y evaluaciones para los audífonos de ajuste están cubiertos.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: \$ 15 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga nada</p> <p>Audición ayuda de montaje / evaluación (para un máximo de 1 cada dos años): \$ 15 de copago</p> <p>El audífono: Usted no</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	paga nada Nuestro plan paga hasta \$ 1,000 cada dos años para audífonos
 Examen de detección del VIH Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que estén en riesgo de tener una infección de VIH, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para la detección del VIH preventivos cubiertos por Medicare.
Atención domiciliaria de agencias de cuidado de la salud Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico deberá certificar que usted los necesita y pedirá que una agencia de atención médica domiciliaria preste dichos servicios. Debe estar confinado al hogar, es decir que abandonar su hogar representa un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar, de tiempo parcial o intermitente. (Para que estén cubiertos como beneficio de atención domiciliaria de la salud, los servicios combinados de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar deben sumar 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. 	Copago de \$ 0
Cuidado de hospicio Puede recibir atención por parte de cualquier programa de hospicio	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>certificado por Medicare. El médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o no.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor.• Atención de relevo a corto plazo.• Cuidado en el hogar. <p><u>En el caso de servicios de hospicio y servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare y relacionados con su enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de las Partes A y B relacionadas con su enfermedad terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, el proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga.</p> <p><u>En el caso de servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare y no relacionados con su enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no son de emergencia o urgencia, que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no se relacionan con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios para usted dependerá de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, sólo paga la cantidad de costo compartido del plan por servicios dentro de la red• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo el plan de Pago por servicio de Medicare (Medicare Original) <p><u>En el caso de servicios cubiertos por Advantage Silver Queens pero no por las Partes A y B de Medicare:</u> Advantage Silver Queens continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo las partes A o B ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted paga la cantidad de costo compartido por estos servicios.</p> <p>Nota: si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe contactarnos</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, no por Advantage Silver Queens</p> <p>Usted no paga por el cuidado de hospicio desde un hospicio certificado de Medicare. Puede que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y cuidados paliativos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>para coordinar los servicios. Obtener la atención que no sea de hospicio a través de proveedores de nuestra red reducirá la parte de los costos que le corresponde por los servicios.</p>	
<p> Vacunaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna neumocócica• Vacunas contra la gripe, una vez al año, en otoño o invierno.• Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Otras vacunas si presenta alto riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la neumonía, la gripe y las vacunas contra la hepatitis B.</p>
<p>Cuidados al paciente internado en un hospital</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas).• Comidas, incluidas las dietas especiales.• Servicios comunes de enfermería.• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidad coronaria o de cuidados intensivos).• Fármacos y medicamentos.• Análisis de laboratorio.• Radiografías y otros servicios de radiología.• Insumos quirúrgicos y médicos necesarios.• Uso de dispositivos, tales como sillas de ruedas.• Costos de quirófanos y salas de recuperación.	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos.</p> <p>Si su estancia en el hospital es más de 90</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje/habla.• Servicios como paciente internado por abuso de sustancias.• Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. If local transplant providers are willing to accept the Original Medicare rate, then you can choose to obtain your transplant services locally or at a distant location offered by the plan. Si Advantage Silver Queens ofrece servicios de trasplante en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted elige recibir el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento adecuado para usted y un acompañante.• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. Servicios del médico. <p>Nota: Para cuidados al paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente interno o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días extra, su hospitalización la cobertura se limita a 90 días.</p> <p>Copago de \$ 95 por día para los días 1 a 7</p> <p>Usted no paga por día durante los días 8 al 90</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios

Servicios de psiquiatría para el paciente internado


- Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. Es posible que reciba un límite de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.


Nuestro plan cubre hasta 190 días en un curso de la vida para el cuidado de la salud mental como paciente interno en un hospital psiquiátrico. El paciente hospitalizado límite de la atención hospitalaria se aplica a los servicios mentales de pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.

Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más larga de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extra 60 días, su hospitalización la cobertura se limita a 90 días.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>Copago de \$ 150 por día para los días 1 a 7</p> <p>Usted no paga por día durante los días 8 al 90</p>
<p>Servicios al paciente internado cubiertos durante una estadía en el hospital no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de cuidados como paciente interno o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico.• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).• Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico.• Vendajes quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos protésicos y ortóticos (no odontológicos) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano inoperable o disfuncional, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.• Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	<p>Los copagos y / o coseguros pueden solicitar estos servicios. Por favor revise los beneficios en esta tabla para información sobre estos servicios cubiertos.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Terapia de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (que no estén en diálisis) y después de un trasplante, por: referido del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoría personalizada durante el primer año que usted reciba servicios de terapia de nutrición dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y posteriormente 2 horas por año. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento por referido del médico. El médico debe recetar dichos servicios y renovar el referido anualmente si el tratamiento es necesario al comenzar el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria.• Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan• Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.	<p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% del coste</p>



Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Antígenos. • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos de vía oral. • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluyendo heparina, antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoiesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que estos estén cubiertos. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
 <p>Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos asesoría intensiva para ayudarle a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, donde se la pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el cribado de la obesidad y la terapia preventiva.</p>
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios e insumos terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y servicios del técnico Suministros quirúrgicos, tales como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir 	<p>Los servicios de diagnóstico de radiología (tales como resonancias magnéticas, tomografías CT): \$ 0-250 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Los exámenes de diagnóstico y</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>fracturas y dislocaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de laboratorio.• Sangre. La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. La cobertura de almacenamiento y administración comienza desde la primera pinta de sangre que necesita.• Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios	<p>procedimientos: \$ 0-250 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: \$ 0-100 copago, dependiendo del servicio</p> <p>Radiografías ambulatorios: \$ 5 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo</p>
<p>Servicios ambulatorios en el hospital</p> <p>Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento de atención ambulatoria del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo servicios de observación o cirugía ambulatoria• Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital• Atención de la salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que el tratamiento mientras está internado se solicitaría sin éste.• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos como férulas y yesos.• Determinados servicios de detección y prevención.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede proporcionarse.	<p>\$ 175-200 copago, dependiendo del servicio</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para los servicios ambulatorios del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</p>	<p>Ambulatorio visita de terapia grupal: \$ 30 de copago</p> <p>Ambulatorio visita de terapia individual: \$ 30 de copago</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y terapia del lenguaje/habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Consulta de terapia ocupacional: copago de \$ 30</p> <p>La terapia física y del habla y terapia del lenguaje visita: copago de \$ 30</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>De sustancias para pacientes ambulatorios de tratamiento por abuso de una clínica o departamento ambulatorio de un hospital.</p>	<p>Grupo de consulta de terapia: \$ 30 de copago</p> <p>Visita individual de terapia: \$ 30 de copago</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios proporcionados en hospitales de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio".</p>	<p>Un centro de cirugía ambulatoria: \$ 75 de copago</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como paciente ambulatorio del hospital o por una clínica comunitaria de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la internación hospitalaria.</p>	<p>Copago de \$ 30 por día</p>
<p>Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificada, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista. • Exámenes básicos de oído y equilibrio realizado por su MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. 	<p>La atención primaria visita al médico: Usted no paga nada</p> <p>Visita Especialista: \$ 12 de copago</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Algunos servicios a distancia, entre ellos consultas, diagnóstico y tratamiento, prestados por un médico o profesional a pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares autorizados por Medicare Segunda opinión: de otro proveedor de la red antes de una cirugía Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico). 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas condiciones médicas que afectan los miembros inferiores. 	<p>Exámenes de los pies y el tratamiento si usted tiene daño en los nervios relacionados con la diabetes y / o cumplir con ciertas condiciones: \$ 15 de copago</p>
<p> Exámenes para la detección del cáncer de próstata</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen dígito rectal. Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por su sigla en inglés). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen de forma total o parcial una parte o función del cuerpo. Estos incluyen pero no se</p>	<p>Dispositivos protésicos: 20% del coste</p> <p>Suministros médicos</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación y/o reemplazo de aparatos protésicos. Además incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección.</p>	<p>relacionados: 20% del costo</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	
<p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$ 30</p>
<p> Detección y asesoría para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (entre ellos mujeres embarazadas) que hacen uso indebido de bebidas alcohólicas pero no son alcohólicos.</p> <p>Si da resultados positivos en la detección de uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves personalizadas de asesoría por año (si se muestra competente y atento durante la asesoría), que serán proporcionadas por un profesional o médico de cuidados primarios calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen y asesoría para reducir el uso indebido de alcohol beneficio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir infecciones de transmisión sexual</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare para las ITS y consejería</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con riesgo creciente de contraer una infección de transmisión sexual cuando el médico de cuidados primarios las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones intensivas personalizadas de asesoría conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubriremos estas sesiones de asesoría como servicio de prevención si son proporcionadas por un médico de cuidados primarios y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, un consultorio.</p>	<p>para prevenir las ITS beneficio preventivo.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal y problemas renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre la atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para los pacientes que se encuentran en la Etapa IV de su enfermedad renal cuando su médico le de un referido, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3).• Tratamientos de diálisis para pacientes internos (si es admitido como interno en un hospital para recibir atención especial).• Entrenamiento para realizarse autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar).• Equipo y suministros para diálisis en su hogar.• Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de	<p>20% del coste</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>agua).</p> <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la siguiente sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p>	
<p>(Para conocer la definición de “centro de enfermería especializada” consulte el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les conoce como “SNF”).</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p>
<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas).	<p>Usted no paga por día para los días 1 a 20</p>
<ul style="list-style-type: none">• Comidas, incluidas las dietas especiales.	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada	
<ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que reciba como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre).	<p>Copago de \$ 125 por día para los días 21 a 100</p>
<ul style="list-style-type: none">• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada.	
<ul style="list-style-type: none">• Insumos médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF.	
<ul style="list-style-type: none">• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF.	
<ul style="list-style-type: none">• Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF.	
<ul style="list-style-type: none">• Uso de dispositivos, tales como sillas de rueda, proporcionados	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>normalmente por los SNF.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico. <p>Generalmente, recibirá atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención de un centro que no pertenece a un proveedor de la red si éste acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un asilo de ancianos o comunidad de atención continua para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar proporcione atención de enfermería especializada).• Un SNF en el que viva su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital.	
<p> Servicios para dejar de fumar (consejería para abandonar el tabaquismo)</p> <p><u>Si usted consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses como servicio de prevención si costo alguno para usted Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses, pero usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de fumar y de consumir tabaco cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto pero no de emergencia que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser</p>	<p>Copago de \$ 15</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles.</p> <p>NO está cubierto fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre ellas el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, como las personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más: examen de detección de glaucoma una vez por año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos/marcos (y sus reemplazos) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de lente.• Examen de rutina, un par de anteojos o contactos <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluyendo detección de glaucoma anual): \$ 15 de copago</p> <p>Examen de rutina (para un máximo de 1 vez al año): \$ 30 de copago</p> <p>Las lentes de contacto (para un máximo de 1 por año): \$ 30 de copago</p> <p>Los anteojos (marcos y lentes) (para un máximo de 1 por año): \$ 30 de copago</p> <p>Los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Copago de \$ 30</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$ 100 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p style="text-align: right;">lentes).</p> <p> Visita de prevención “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita única de prevención “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye un estudio de su salud, educación y asesoramiento acerca de servicios de prevención que usted necesita (entre ellos ciertas pruebas de detección y vacunas), y referidos para recibir atención adicional si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita de prevención “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los 12 primeros meses de su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, avísele al personal de la oficina del médico que desea programar su visita de prevención “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Acupuntura *</p>	<p>Para hasta 4 visitas (s) cada año: Usted no paga</p>
<p>Transporte (de rutina) *</p>	<p>Hay un límite a cuánto pagará el plan: Usted no paga</p>

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

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica los tipos de beneficios que están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios.

La siguiente lista describe algunos servicios y suministros que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos servicios que están excluidos solamente bajo condiciones específicas.

Si usted recibe beneficios que están excluidos, deberá pagar por los mismos. No pagaremos por los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este manual), y tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción es la siguiente: si después de una apelación se comprueba que un beneficio de la lista de exclusiones es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este manual.)

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de Cobertura*, **os siguientes suministros y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original, a menos que estos servicios estén en la lista de nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica.) Los suministros y procedimientos experimentales son aquellos suministros y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas y esté cubierto por Medicare Original.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas.
- Enfermeros privados.
- Suministros personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- El cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.
- Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas simples.
- Gastos generados por familiares directos o personas que habiten en su hogar.
- Comidas entregadas en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora voluntarios u optativos (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, procedimientos

con fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean necesarios por razones médicas.

- Procedimientos o cirugías estéticas, a menos que sean debido a lesiones por accidente o para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, están cubiertas todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también las de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
- Cuidado dental de rutina, como limpieza, amalgamas o dentaduras. Sin embargo, el cuidado dental que no sea de rutina requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención a paciente interno o ambulatorio.
- Atención quiropráctica, que no sea terapia manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y que estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Aparatos ortopédicos para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Exámenes del oído de rutina, aparatos de asistencia auditiva o exámenes para colocarlos.
- Anteojos, examen de rutina de los ojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento para la visión y otros accesorios para la visión deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
- Procedimientos para la reversión de la esterilidad, operaciones de cambio de sexo y suministros de anticoncepción no recetados.
- Servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA). No obstante, cuando los servicios de emergencia se reciben en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros continúan siendo responsables por los montos de nuestros costos compartidos.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

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

SECCIÓN 1	Introducción	81
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	81
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	82
SECCIÓN 2	Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	83
Sección 2.1	Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red.....	83
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red.....	83
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	84
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo?	85
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?	85
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan	86
Sección 3.1	La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos	86
Sección 3.2	Existen 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos.....	87
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos.....	88
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	88
Sección 4.1	¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?	88
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	88
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	89

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	90
Sección 5.1	Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía.....	90
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?	91
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	93
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?.....	94
Sección 6.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	94
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	94
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	95
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	95
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de miembro del plan al presentar una receta	97
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro.....	97
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?	97
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	97
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?	97
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?	98
Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de jubilados o de su empleador?	99
SECCIÓN 10	Programas para la seguridad y la administración de medicamentos	99
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	99
Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	100



¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Si desea más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos en la actualidad?

Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D* posiblemente no se aplica a usted.** Enviamos un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1,1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	--

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

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, Advantage Silver Queens también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante la estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada.

- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa sobre sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan.

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

El 1 de Junio de 2015, antes de sus medicamentos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de la Parte D, CMS requerirá que sus médicos y otros prescriptores de aceptar Medicare o para presentar documentación con CMS muestra que ellos están calificados para recetar medicamentos.

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

- Debe tener un proveedor (un médico u otro prescriptor) que le recete su medicamento.
- El 1 de junio de 2015, antes de sus medicamentos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de la Parte D, CMS requerirá que sus médicos y otros prescriptores de aceptar Medicare o para presentar documentación con CMS muestra que ellos están calificados para recetar medicamentos.
- Debe utilizar una farmacia de la red para comprar sus medicamentos. (Consulte la Sección 2, *Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “lista de medicamentos”, para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan.*)
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se presentan en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas presentadas en farmacias que no participan de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (<http://qualityhealthplansny.com>), o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Elija lo que le resulte más fácil.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita reponer un medicamento que está tomando, usted puede solicitar que su proveedor le haga una nueva receta o que su receta sea enviada a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que usted utiliza abandona la red?

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <http://qualityhealthplansny.com>

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de

ancianos) posee su propia farmacia. Los residentes pueden obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con Servicios para Miembros.

- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas / Programa de salud tribal / indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, sólo los indígenas nativos de EE.UU. o los indígenas nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la FDA restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Nota: Esta situación debe suceder con poca frecuencia.)

Para localizar una farmacia especializada, busque en su Directorio de farmacias o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite *un suministro del medicamento de 31 días como mínimo y no más de 90 días*.

Las nuevas recetas a la farmacia recibe directamente de la oficina de su médico.

Después de la farmacia recibe una receta de un médico, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que la medicación llena inmediatamente o en un momento posterior. Esto le dará una oportunidad para asegurarse de que la farmacia es la entrega de la droga correcta (incluyendo la fuerza, la cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o retrasar la orden antes de que se le factura y que se envíe. Es importante que responda cada vez que se comunica con la farmacia, para que sepan qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Recambios en las recetas por correo. Para las recargas, por favor comuníquese con la farmacia 14 días antes de usted que los medicamentos que tiene a mano se quedarán sin asegurarse de que su próximo pedido sea enviado a usted en el tiempo. Así que la farmacia puede llegar a que confirme su pedido antes del envío, por favor, asegúrese de dejar la farmacia saber las mejores maneras de ponerse en contacto con usted.

Para obtener solicitudes de pedido e información acerca de la presentación de recetas por correo por favor llame a Servicio al Cliente al 1-877-233-7058 o visite nuestro sitio web en www.qualityhealthplansny.com.

Generalmente, usted recibirá un pedido de farmacia por correo en un plazo no mayor a 14 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si por alguna razón su orden no puede ser enviada dentro de 14 días, un representante de venta por correo se comunicará con usted y le explicará la razón de la demora.

Si han pasado 14 días y que no han recibido su receta (o comunicación del servicio de farmacia de pedidos por correo), por favor contacte con nosotros en 1-877-233-7058 (TTY 711) para preguntar sobre el estado de su pedido.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo?

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser inferior. El plan ofrece una manera de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos “de mantenimiento” que se encuentran en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma periódicamente para un problema de salud crónico o prolongado).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Algunas de estas farmacias minoristas se comprometen a aceptar una cantidad de costo compartido por el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Otras farmacias posiblemente no estén dispuestas a aceptar una cantidad de costo compartido por el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. En este caso deberá pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
2. Usted puede utilizar los **servicios de pedido por correo de la red del plan**. El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite un suministro del medicamento de 31 días como mínimo y no más de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información acerca del uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en determinadas situaciones

Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede comprar sus medicamentos como miembro de nuestro plan. Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se presenten en una farmacia que fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos recetas presentadas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable que prestan servicio las 24 horas.

- Si usted está tratando de dispensar una receta que no está disponible en forma regular en una farmacia accesible de la red, al por menor o de pedidos por correo (incluyendo medicamentos de alto costo y únicos).

En estas situaciones, **primero consulte a Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al presentar su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso.)

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	---

El plan posee una “*lista de medicamentos cubiertos (formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos “**lista de medicamentos**”, para abreviar.

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son aquellos que solamente están cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 anterior explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación medicamente aceptada” es el uso de un medicamento *que*:

- esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o enfermedad para la que fue recetado.)
- -- o -- está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service, el sistema de información DRUGDEX, y USPDI o la versión posterior.)

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igualmente efectivo como el medicamento de marca y con frecuencia el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Nuestro plan cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre tienen un costo inferior al de los medicamentos recetados y ofrecen los mismos resultados. Si desea más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2	Existen 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 es el nivel de costo compartido más bajo. Se denomina nivel de medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 se denomina nivel de medicamentos no preferidos genéricos.
- El nivel 3 se denomina nivel de medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 se denomina Tier no medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 5 es el más alto nivel de costo compartido. Se llama el nivel de especialidad.

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido aparece en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Visite el sitio Web del plan (<http://qualityhealthplansny.com>). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Dichas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos a costos más accesibles.

En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que sea efectivo para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como el medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar la opción de costo inferior. Además, debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare sobre cobertura de medicamentos y costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no aplicar dicha restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se dispone de una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo inferior. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico no le servirá, cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se conoce como “**autorización previa.**” A veces, el requisito de obtener la aprobación por adelantado sirve para aconsejar el uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Prueba en primer lugar de un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan el mismo problema de salud, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no le da resultados, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se conoce como “**tratamiento escalonado.**”

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de provisiones que puede recibir, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome sólo un comprimido por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de dichas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o consulte nuestro sitio web (<http://qualityhealthplansny.com>).

Si existe una restricción para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para conocer lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no no aplicar de dicha restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía
--

Supongamos que hay un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso, pero es posible que surjan problemas. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento?** Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea. O puede limitarse la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período específico. En algunos casos, es posible que usted desee que no apliquemos la restricción. Por ejemplo, es posible que usted quiera que el plan cubra un determinado medicamento sin tener que probar otros medicamentos antes. O desea que el plan cubra una cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) mayor a la que normalmente cubre.
- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de 5 niveles de costo compartido diferentes. Lo que debe pagar por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que se encuentra el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5,2 para saber lo que puede hacer.

- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 5,3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporario del medicamento (sólo los miembros en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporario). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede recibir una provisión temporaria

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporario de un medicamento cuando el suyo no está incluido en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta forma tiene más tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para una provisión temporaria, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

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

- **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **solo una vez durante los primeros 90 días del año calendario.** Este suministro temporario será para un máximo de 31 días, o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. La receta se debe presentar en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **solo una vez durante los primeros 90 días como miembro** del plan. Este suministro temporario será para un máximo de 31 días, o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. La receta se debe presentar en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que residen en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días como miembro** del plan. El primer suministro será para un máximo de 98 días, o menos si su receta dispone una cantidad menor de días.

Para los miembros que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:

Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. Esto se suma al suministro de transición de cuidado a largo plazo mencionado anteriormente.

Para solicitar un suministro temporario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se termine. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar por otro medicamento

En primer lugar, hable con su médico. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría darle los mismos resultados. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque éste no esté incluido en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del Formulario o se restringirá de alguna manera para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede solicitarnos que realicemos una excepción antes del próximo año y le brindaremos una respuesta a las 72 horas de recibida la solicitud (o la justificación correspondiente del médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura 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 indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?
--------------------	--

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, en primer lugar hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos en 1-4, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en algunos niveles de nuestro costo compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en Nivel 5, Medicamentos Especiales

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar muchos tipos de cambios a la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.** Existen nuevos medicamentos, entre ellos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Trasladar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido.**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (si desea más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 5 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para realizar cambios a la lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--------------------	---

¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente, **le informaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento **se retira del mercado repentinamente** debido a que se comprobó que no era seguro o por otros motivos. En este caso, el plan retirará de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio, y puede trabajar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

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

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta el medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si trasladamos el medicamento a un nivel superior de costo compartido.
- Si imponemos una nueva restricción para su uso del medicamento.

- Si quitamos su medicamento de la lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino del mercado o debido a que un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico**, el plan debe informarle con al menos 60 días de anticipación o reponer su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, debe analizar junto con su proveedor el cambio por un medicamento genérico u otro medicamento cubierto.
 - O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe la cobertura de su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Nuevamente, si un medicamento se **retira repentinamente del mercado** debido a que se comprobó que no es seguro o por otros motivos, el plan inmediatamente lo quitará de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también conocerá este cambio, y podrá trabajar con usted para buscar otro medicamento para su enfermedad.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección (excepto por determinados medicamentos excluidos que se cubren dentro de nuestra cobertura ampliada de medicamentos). La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9 de este manual.)

A continuación se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- Nuestro plan de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no suele cubrir los usos no indicados. El “uso no indicado” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
 - En general, la cobertura de los “usos no indicados” se permite sólo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service, el sistema de información DRUGDEX, y USPDI o la versión posterior. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado”.

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se mencionan a continuación a través de nuestra cobertura ampliada de medicamentos, por la cual se podría cobrar una prima adicional. A continuación proporcionamos más información.):

- Medicamentos sin receta (también llamados de venta libre).
- Medicamentos usados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos usados para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos usados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro.
- Medicamentos usados para el tratamiento de las disfunciones sexual o eréctil tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura ampliada de medicamentos) que los planes de medicamentos recetados de Medicare no suelen cubrir. Los medicamentos mejorados están colocados en el Nivel del medicamento de marca no preferida, Tier 4. Hay un límite de cantidad de estos medicamentos. La cantidad que usted paga al comprar estos medicamentos no se tiene en cuenta para su elegibilidad para la Etapa de Cobertura

Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este manual.)

Además, si usted **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que generalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros si desea más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.) No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar el tipo de cobertura de medicamentos que se encuentra disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan al presentar una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para comprar un medicamento, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al retirar su medicamento recetado.

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

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan al comprar un medicamento, solicite a la farmacia que llame al plan para recibir la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo retire.** (Posteriormente puede **solicitar**nos que **le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan.)

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su

internación. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las normas para recibir la cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) ofrece más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: al ingresar, vivir o retirarse de un centro de enfermería especializada, usted es elegible para el Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminación de su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare.)

Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?
--------------------	---

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) posee su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que ésta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no la encuentra, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo y se inscribe en el plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporario** de su medicamento durante los primeros 90 días de su inscripción. El primer suministro será para un máximo de 98 días, o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. Si fuera necesario, cubriremos la reposición del medicamento durante sus primeros 90 días en el plan.

Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta dispone una cantidad menor de días.

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se termine. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría darle los mismos resultados. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica lo que debe hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de jubilados o de su empleador?
--------------------	---

¿Actualmente tiene otro plan de medicamentos recetados a través de un plan grupal de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo de jubilados o de su empleador. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, esto significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

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

SECCIÓN 10 **Programas para la seguridad y la administración de medicamentos**

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

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

Realizamos una revisión cada vez que usted presenta una receta. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos posibles problemas, tales como:

- Posibles errores de medicación.

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los cuales es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un posible problema en su uso de la medicación, lo analizaremos junto con su médico para corregir el problema.

Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

Disponemos de programas que pueden ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen diversas condiciones médicas complejas o posiblemente necesitan tomar varios medicamentos a la vez, o podrían tener costos de medicamentos muy elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros estén usando los medicamentos más eficaces para el tratamiento de sus condiciones médicas y ayudarnos a identificar posibles errores en la medicación.

Un programa se llama programa de Administración de farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman varios medicamentos por diferentes enfermedades pueden calificar. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará minuciosamente todos sus medicamentos. Puede consultar cómo tomar de mejor manera sus medicamentos, los costos o cualquier problema que tenga. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacio para tomar notas o anotar cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirán todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo daremos de baja del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

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

SECCIÓN 1	Introducción	104
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura de medicamentos.....	104
Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que posiblemente deba pagar por medicamentos cubiertos.....	105
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentra al obtener el medicamento.....	105
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago para los miembros de Advantage Silver Queens?.....	105
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	107
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios” (the “EOB”)	107
Sección 3.2	Ayúdenos a actualizar la información sobre sus pagos de medicamentos.....	108
SECCIÓN 4	No hay deducible para Advantage Silver Queens.....	109
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.....	109
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	109
Sección 5.1	Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra	109
Sección 5.2	La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento <i>durante un mes</i>	110
Sección 5.3	Si su médico receta un suministro para menos de un mes, posiblemente no deba pagar el costo del suministro para todo el mes.....	112
Sección 5.4	La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> de hasta 90 días)	113

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos
totales de medicamentos durante el año lleguen a \$ 2,960114

**SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, usted recibe un descuento en los
medicamentos de marca y no paga más de 65% de los costos de los medicamentos
genéricos 115**

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gastos
directos de su bolsillo lleguen a \$4,700115

Sección 6.2 La forma en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para
medicamentos recetados116

**SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor
parte del costo de sus medicamentos cubiertos119**

Sección 7.1 Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica,
permanecerá en esta etapa durante el resto del año119

**SECCIÓN 8 Su pago por las vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y
dónde las recibe119**

Sección 8.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de
la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna119

Sección 8.2 Puede llamar a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna121

SECCIÓN 9 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?121

Sección 9.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?121

Sección 9.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía para la Parte D?122

Sección 9.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no pagar la multa123

Sección 9.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción
tardía?124

**SECCIÓN 10 ¿Debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus
ingresos? 124**

Sección 10.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?124

Sección 10.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?124

Sección 10.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?	125
Sección 10.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?	125



¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Si desea más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos en la actualidad?

Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no se aplica a usted.** Enviamos un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A y B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer aspectos básicos sobre los medicamentos cubiertos, los lugares dónde presentar las recetas y las normas que debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Lista de medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.

- Además, le indica en cuales de los 5 “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura de medicamentos.
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en <http://qualityhealthplansny.com>. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le proporciona los detalles de su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las normas que debe seguir cuando obtiene dichos medicamentos. Además, el Capítulo 5 le indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias *del plan*.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados (consulte los detalles en el Capítulo 5). El Directorio de Farmacias contiene una lista de farmacias dentro de la red del plan. También le indica qué farmacias de la red pueden proporcionarle el suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, la presentación de una receta para obtener un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que posiblemente deba pagar por medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para comprender la información de los pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama "costo compartido" y hay tres maneras en que posiblemente se le pida que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- “**Copago**” significa que paga una cantidad fija cada vez que presenta una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que presenta una receta.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentra al obtener el medicamento
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago para los miembros de Advantage Silver Queens?
--------------------	---

Tal como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en Advantage Silver Queens. La cantidad que usted

paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted se encuentra cuando adquiere o renueva un medicamento..

Etapa 1 <i>Etapa de Deducible Anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de Cobertura Inicial</i>	Etapa 3 <i>Período sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>
<p>Dado que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Comienza en esta etapa cuando presenta su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que el “costo total de medicamentos” (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) sume \$ 2,960.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo.)</p>	<p>En el Nivel 1 prefiere los medicamentos genéricos, usted paga un copago de \$ 0. Para otros genéricos, el 65% de los costes, lo que sea menor.</p> <p>Para los medicamentos de marca, usted paga el 45% del precio (más una parte de la tarifa de suministro).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$ 4,700. Este monto y las reglas para contar los costos hasta llegar a esta cantidad han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de Diciembre de 2015).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

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

<p>Sección 3.1</p>	<p>Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios” (the “EOB”)</p>
---------------------------	--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted realizó al obtener o reponer sus medicamentos en la farmacia. De esta manera, le podemos informar cuando pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, registramos dos tipos de costos:

- un registro de la cantidad que usted ha pagado. Esto se conoce como gasto directo “**de su bolsillo**”.
- Llevamos un registro del “**costo total de medicamentos.**” Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otras personas pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan elaborará un informe por escrito llamado *Explicación de Beneficios* (en ocasiones se llama “EOB”, por sus siglas en inglés) cuando haya presentado una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Este informe incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pagos de recetas que usted presentó durante el mes anterior. Muestra el costo total de medicamentos, los pagos del plan y los pagos realizados por usted u otras personas en su nombre.
- **Total del año desde el 1 de Enero.** Esto se conoce como información “anual hasta la fecha”. Indica el costo total de medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

Sección 3.2	Ayúdenos a actualizar la información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	---

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por los mismos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro al obtener sus medicamentos.** Para asegurarse de que el plan sepa qué medicamentos compra y cuánto paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga sus medicamentos.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En algunos casos, cuando usted pague por sus medicamentos recetados, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de su costo de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de su costo de bolsillo, puede enviarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague la parte que le corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 en el Capítulo 7 de este manual). Estos son algunos tipos de situaciones en las que es conveniente que nos envíe copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.

- Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para su costo de bolsillo y le ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se tienen en cuenta para su costo de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos esta información para que podamos registrar sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *Explicación de Beneficios* (una EOB) por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Advantage Silver Queens

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para Advantage Silver Queens. Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando presenta su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus recetas médicas cubiertas, y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde lo compre.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 es el nivel de costo compartido más bajo. Se denomina nivel de medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 se denomina nivel de medicamentos no preferidos genéricos.
- El nivel 3 se denomina nivel de medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 se denomina Tier no medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 5 es el más alto nivel de costo compartido. Se llama el nivel de especialidad.

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la presentación de recetas, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento <i>durante un mes</i>
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que le corresponde será un copago o un coseguro.

- **“Copago”** significa que paga una cantidad fija cada vez que presenta una receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que presenta una receta.

Tal como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido al que pertenece su medicamento:

- Si su medicamento recetado cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagar el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.
- El plan cubre recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

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

	Farmacia de la red (suministro de hasta 31 días)	Farmacia preferida de la red (suministro de hasta 31 días)	Servicio de pedido por correo del plan (suministro de hasta 31 días)	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red (suministro de hasta 31 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5.) (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos Preferidos)	\$ 0 copago	\$ 0 copago	\$ 0 copago	\$ 0 copago	\$ 0 copago
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos No Preferidos)	\$ 10 copago	\$ 10 copago	\$ 10 copago	\$ 10 copago	\$ 10 copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca Preferidos)	\$ 30 copago	\$ 30 copago	\$ 30 copago	\$ 30 copago	\$ 30 copago
Nivel 4 de costo compartido	\$ 75 copago	\$ 75 copago	\$ 75 copago	\$ 75 copago	\$ 75 copago

	Farmacia de la red (suministro de hasta 31 días)	Farmacia preferida de la red (suministro de hasta 31 días)	Servicio de pedido por correo del plan (suministro de hasta 31 días)	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red (suministro de hasta 31 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5.) (suministro de hasta 31 días)
(Marca No Preferidos)					
Nivel 5 costo compartido (Medicamentos especiales)	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro

Sección 5.3 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, posiblemente no deba pagar el costo del suministro para todo el mes

En general, usted paga un copago para cubrir un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. No obstante el médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Posiblemente haya veces que quiera pedirle a su médico que le recete un medicamento para menos de un mes completo (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que se sabe causa efectos secundarios). Si el médico está de acuerdo, no deberá pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje ya sea que su receta sea para un suministro de un mes completo o para menos días. No obstante, dado que el costo completo del medicamento será menor si recibe un suministro para menos de un mes, la *cantidad* que paga será inferior.
- Si usted es responsable del copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad pagada por día por

su medicamento (la "tasa de costo compartido diaria") y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- Aquí tiene un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (suministro para 31 días) es de \$31. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.
- No debería tener que pagar más por día simplemente porque usted comienza con un suministro para menos de un mes. Volvamos al ejemplo anterior. Supongamos que su médico acepta que el medicamento funciona bien y usted debe continuar tomando el medicamento después de que se le acabe el suministro para 7 días. Si recibe una segunda receta para el resto del mes, o 24 días más del medicamento, seguirá pagando \$1 por día o \$24. Su costo total para el mes será de \$7 por su primera receta y \$24 por su segunda receta, un total de \$31, lo mismo que sería su copago por un suministro para un mes completo.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento es eficaz para usted antes de tener que pagar un suministro para un mes completo.

Sección 5.4	La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo de hasta 90 días)
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como "suministro extendido") cuando compra su medicamento. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. (Si desea conocer los detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo de hasta 90 días).

- Tenga en cuenta: Si su medicamento recetado cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagar el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento o la cantidad del copago, *el que sea menor*.

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

Farmacia de la red (suministro de hasta 90 días)	Servicio de pedido por correo del plan (suministro de hasta 90 días)
--	--

	Farmacia de la red (suministro de hasta 90 días)	Servicio de pedido por correo del plan (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos Preferidos)	Copago de \$ 0	Copago de \$ 0
Nivel 2 de costo compartido (No genéricos)	Copago de \$ 30	Copago de \$ 20
Nivel 3 de costo compartido (Marca Preferida)	Copago de \$ 90	Copago de \$ 90
Nivel 4 de costo compartido (No preferidos Marcas))	Copago de \$ 225	Copago de \$ 225
Nivel 5 del costo compartido (Medicamentos especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$ 2,960

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos que usted compre o reponga alcance el límite de **\$2,960 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha adquirido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la forma en que Medicare calcula los gasto directos de su bolsillo). Esto abarca:

- El total que pagó como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de los medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en otro plan de la Parte D en algún momento durante 2013, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que un plan de medicamentos recetados de Medicare no suele cubrir. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta para su límite de cobertura inicial o total de gasto directo de su bolsillo. También ofrecemos algunos medicamentos de venta libre para su uso exclusivo. Usted recibe estos medicamentos de venta libre gratuitamente. Para conocer los medicamentos cubiertos por nuestro plan, consulte el Formulario.

La *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos le servirá para llevar un registro de la cantidad que usted y el plan gastaron en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de: \$2,960 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$2,960. Si lo hace, usted dejará la Etapa de Cobertura Inicial e ingresará a la Etapa sin Cobertura

SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más de 65% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a \$4,700
--------------------	---

Cuando usted se encuentra en el Período sin Cobertura, el Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 45% del precio negociado (sin incluir tarifas de suministro y vacunación, si los hubiera) para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para el gasto directo de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y le ayudan a pasar la etapa de falta de cobertura o periodo sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga \$ 0 para el Nivel 1 los medicamentos genéricos preferidos. Por otra droga que usted no paga más del 65% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (35%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Sólo el monto que usted paga y le ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 65% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la

cantidad pagada por el plan (35%) no se tiene en cuenta para el gasto directo de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y que le ayuda a pasar la etapa de falta de cobertura o periodo sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 65% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2015, esa cantidad es de \$4,700.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de gastos directos de su bolsillo de \$4,700, usted sale del Período sin Cobertura y entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	La forma en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados
--------------------	--

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los gastos directos de su bolsillo para medicamentos.

Estos pagos están incluidos en los gastos directos de su bolsillo

*Cuando suma los gastos directos de su bolsillo, **usted puede incluir** los pagos que se encuentran a continuación (si pertenecen a los medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplió con las normas para la cobertura de medicamentos que se mencionan en el Capítulo 5 de este manual):*

- La cantidad que paga por medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Transición de Cobertura
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

La persona que paga tiene importancia:

- Si realiza estos pagos **por su cuenta**, los mismos se incluyen en los gastos directos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **algunas otras personas y organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Entrada a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$4,700 en gastos directos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

*Estos pagos **no están incluidos** en los gastos directos de su bolsillo*

Cuando usted suma los gastos directos de su bolsillo, usted **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para recibir cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados de las Partes A o B.
- Los pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realice por medicamentos recetados que no están generalmente cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos por medicamentos genéricos realizados por el plan durante el Período sin Cobertura.
- Los pagos por medicamentos realizados por planes de salud grupal, entre ellos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno tales como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos realizados por un tercero que está legalmente obligado a pagar por gastos de medicamentos recetados (por ejemplo, la Compensación para Trabajadores

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga de manera total o parcial los gastos directos de su bolsillo para medicamentos, usted debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

¿Cómo puede llevar un registro del total de gastos directos de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica acerca de este informe). Cuando usted llegue a un total de \$4,700 en gastos directos de bolsillo durante el año, el informe le indicará que usted abandonó la Período sin Cobertura e ingresó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos

Sección 7.1	Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	--

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de \$4,700 para el año calendario. Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

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

- **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$2.65 por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como un genérico y \$6.60 para los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Su pago por las vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 8.1	Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan ofrece cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D posee dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí mismo**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (A veces esto se conoce como la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

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

- En algunos casos cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que le corresponde del costo.
- En otros casos, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. : Recuerde que usted está a cargo de todos los costos asociados a las vacunas (entre ellos la administración) durante el Período sin Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red (Tendrá esta opción según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y de su administración.
- Posteriormente, usted puede solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos su copago normal de la vacuna (incluyendo la administración) menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos la diferencia.)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Usted deberá pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Posteriormente, usted puede solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos la diferencia.)

Sección 8.2	Puede llamar a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le aconsejamos que primero llame a Servicios para Miembros cuando esté pensando en vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
- Podemos informarle de qué manera puede reducir sus propios costos si usa los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para recibir un reembolso por la parte del costo que nos corresponde.

SECCIÓN 9	¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?
------------------	---

Sección 9.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?
--------------------	---

Nota: Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. No pagará una multa por inscripción tardía aunque permanezca sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados.

Es posible que deba pagar una sanción financiera si no se inscribió en un plan que ofrece cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez para recibir esta cobertura de medicamentos, o si pasó un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados. (“Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, dado que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuánto esperó para inscribirse en un plan de cobertura acreditable de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del período inicial de inscripción o cuántos meses completos estuvo sin cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

Al inscribirse por primera vez en Advantage Silver Queens, le informaremos la cantidad de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. Si usted no paga su multa por inscripción tardía, podría terminar su membresía del plan.

Sección 9.2	¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía para la Parte D?
--------------------	---

Medicare establece la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para la inscripción. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si el período si cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, su multa será del 14%.
- Posteriormente, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del año anterior para los planes de medicamentos de Medicare en el país Para el año 2014, la cantidad promedio de la prima fue de \$32.42 Este monto puede cambiar para el 2015).
- Para obtener la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$32.42. Esto equivale a \$4.54, que se redondea a \$4.50. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía.**

Se deben tener en cuenta tres aspectos importantes acerca de esta multa mensual por inscripción tardía:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo establecido por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses mientras permanezca inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65 años. Después de esa edad, la multa por inscripción tardía se basará sólo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Sección 9.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no pagar la multa
--------------------	--

Aunque se haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no debe pagar la multa por inscripción tardía.

No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamento recetados que se espera que pague en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama **“cobertura acreditable de medicamentos”**. Tenga en cuenta que:
 - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador anterior, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Podrá recibir esta información en una carta o en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente.
 - **Tenga en cuenta:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe decir que usted tuvo una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
 - Si desea información adicional acerca de la cobertura acreditable, consulte el manual *Medicare y Usted 2015* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable pero durante un período inferior a 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 9.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, podría terminar su membresía del plan por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 10 ¿Debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 10.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o de \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Gerencia de Personal, independientemente de la manera en que usted pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual del plan.**

Sección 10.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) es superior a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La tabla siguiente muestra la cantidad adicional según su ingreso.

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2013 fue:	Si estaba casado pero no presentó una declaración de impuestos por separado y su ingreso en 2013 fue:	Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2013 fue:	Este es el costo mensual de la cantidad adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)
Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$170,000	\$0
Más de \$85,000 y menos de o igual a \$107,000	Más de \$85,000 y menos de o igual a \$129,000	Más de \$170,000 y menos de o igual a \$214,000	\$ 12.10 (Casado y rinde planilla por separado, \$ 50.20)
Más de \$107,000 y menos de o igual a \$160,000	Más de \$129,000	Más de \$214,000 y menos de o igual a \$320,000	\$ 31.10 (Casado y rinde planilla por separado, \$ 69.30)
Más de \$160,000 y menos de o igual a \$214,000	N/A	Más de \$320,000 y menos de o igual a \$428,000	\$50.20
Más de \$214,000	N/A	Más de \$428,000	\$69.30

Sección 10.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 10.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare). Si usted debe pagar una cantidad adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos127

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago.....127

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido 129

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....129

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y contestaremos si o no.....130

Sección 3.1 Comprobaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y la cantidad adeudada.....130

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte del cuidado médico o medicamento, usted puede presentar una apelación131

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 131

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos131

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago
--------------------	---

En algunas ocasiones cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, usted encontrará que ha pagado más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva dinero (devolverle dinero suele denominarse como “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva dinero cuando pagó en exceso de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que usted recibirá una factura de un proveedor por el costo total de cuidado médico que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación se muestran algunas situaciones en las que posiblemente deba solicitar que nuestro plan le devuelva dinero o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o atención de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan

Usted puede recibir atención de emergencia de cualquier proveedor, tanto dentro como fuera de nuestra red. Cuando recibe atención de urgencia o de emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable únicamente de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que le facture al plan por nuestra parte del costo

- Si paga la cantidad total por su cuenta al momento de recibir la atención, debe solicitar que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- En algunas ocasiones, puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que según usted no corresponde. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si existe una deuda con el proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si usted ya ha pagado en exceso de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto se le debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente, y únicamente pedirle que pague su parte del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague en exceso de su parte.

- Usted solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado conocido como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Si desea más información acerca de la “facturación de saldos” consulte la Sección Sección 1.6 del Capítulo 4.
- Cuando usted recibe una factura de un proveedor de la red que, en su opinión, es por una cantidad mayor a la que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted debía según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan.

En algunas ocasiones la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede haber pasado el año anterior.)

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de nuestros servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le devolvamos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación para que nosotros nos ocupemos del reembolso.

- Llame a los Servicios para Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitar que le devolvamos su dinero y de los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda enviar la solicitud de pago directamente a nuestro plan. Cuando esto suceda deberá pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red sólo en algunas situaciones especiales. Si desea más información consulte la Sección 2.5 en el Capítulo 5).

- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. No obstante, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información necesaria de inscripción, es posible que deba pagar el costo total de la receta por su cuenta.

- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*; o podría existir un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre la presentación de una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que saque copias de la factura y los recibos para sus expedientes.

Para asegurarse de proporcionar toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que use el formulario, pero el mismo será útil para que nuestro plan tramite la información con más rapidez.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio (<http://qualityhealthplansny.com>) o llame a los Servicios para Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Envíe su solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Quality Health Plans of New York
PO Box 340397
Tampa, FL 33694-0397

Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Si desconoce cuánto debe pagar, o recibe facturas y no sabe que hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y contestaremos si o no

Sección 3.1 Comprobaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y la cantidad adeudada

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos envíe más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para obtener el cuidado o medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente por correo al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe cumplir para la obtención de cobertura de sus servicios médicos.) (El Capítulo 5 explica las normas que debe cumplir para la obtención de cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D.)
- Si decidimos que el cuidado médico o medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta explicando las razones por las cuales no le enviamos el pago que usted solicitó y sus derechos a apelar dicha decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte del cuidado médico o medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	---

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Si desea obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca presentó una apelación, le resultará útil leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar el Capítulo 9 que le informa los pasos a seguir en su situación:

- Si desea presentar una apelación acerca de un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de un reembolso por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos
--------------------	--

En algunas situaciones debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. En lugar de eso, nos informa sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

A continuación encontrará dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos.

1. Cuando compra un medicamento a un precio inferior a nuestro precio

En algunas ocasiones, cuando usted se encuentra en la Período sin Cobertura puede comprar un medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.

- Si no se aplican condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde el recibo y envíenos una copia, para que sus gastos de bolsillo sean tomados en cuenta al decidir su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si usted se encuentra en la Período sin Cobertura, nuestro plan no pagará parte alguna del costo de estos medicamentos. Pero el envío de una copia de los recibos nos permitirá calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos fuera de los planes de beneficios. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia, para que sus gastos de bolsillo sean tomados en cuenta al decidir su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos parte alguna del costo de dichos medicamentos. Pero el envío de una copia de los recibos nos permitirá calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

Debido a que usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas decisiones no se consideran decisiones de cobertura. Por consiguiente, usted no puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan134

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una forma que le resulte útil (en otros idiomas, además de español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).....134

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento.....134

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos.....135

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....135

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....136

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado.....138

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....140

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que se le trata injustamente o que sus derechos no son respetados?140

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....141

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....141

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?141

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una forma que le resulte útil (en otros idiomas, además de español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--

We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Para obtener información en un formato que le resulte útil, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de traducción gratuitos para responder las preguntas de las personas que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en Braille, en letra grande u otro formato alternativo si usted lo necesita. Si usted es elegible para tener Medicare por una discapacidad, estamos obligados a brindarle información accesible y adecuada acerca de los beneficios del plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por razón de idioma o discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y comuníquese que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento
--

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por razón de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes acerca de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina para los Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y requiere asistencia para acceder al cuidado de salud, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Si tiene una queja, por ejemplo un problema con acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho a elegir un médico de cuidados primarios (PCP) dentro de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame a Servicios para Miembros para averiguar qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También tiene el derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin necesidad de ser referido.

Como miembro del plan, usted tiene el derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicho cuidado. Usted también tiene derecho a presentar o volver a presentar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

Si piensa que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual le explica lo que puede hacer (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted está en desacuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica los que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, sus expedientes médicos, y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito conocido como “Aviso de Práctica Privada” que informa sobre estos derechos y explica como protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le brindamos su información de salud a alguien que no le esté proveyendo o pagando su cuidado de salud, *se nos requiere que primero obtengamos un permiso escrito suyo*. Los permisos escritos pueden ser otorgados por usted o por una persona a quien usted le haya otorgado poder legal para que tome decisiones por usted.
- Existen determinadas excepciones que no requieren que primero obtengamos un permiso escrito suyo. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.

- Por ejemplo, se nos requiere que demos a conocer información de salud a agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de la salud.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar su información de salud a Medicare, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará conforme a los estatutos y normas federales.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber como ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos guardados por el plan, y a obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle un cargo por sacar las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos agregados o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si deben hacerse los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito no rutinario.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Advantage Silver Queens, usted tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nuestra parte. (Según se explicara en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una forma que sea adecuada para usted. Esto incluye obtener información en otros idiomas, además de español, en letra grande u otros formatos alternativos).

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación de rendimiento del plan, incluyendo cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de la red, entre ellos las farmacias de la red.**

- Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para obtener un listado de proveedores en la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.
 - Para obtener una lista de farmacias en la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, usted puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o visite nuestro sitio web <http://qualithhealthplansny.com>.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
 - En los capítulos 3 y 4 de este manual, le explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta manual además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan sobre los medicamentos cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura de ciertos medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
 - **Información sobre por qué no cubrimos algo y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si no cubrimos un servicio médico o medicamento de la Parte D, o si su cobertura tiene alguna restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación aunque haya recibido el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted está descontento o en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Puede pedir que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener detalles acerca de los que debe hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este manual. Este capítulo le ofrece los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo puede presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.).

- Si desea pedirle a nuestro plan que pague su parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado
--------------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca del cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando solicite cuidado médico. Sus proveedores deben explicarle su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar el costo o si están o no cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre los programas ofrecidos por nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe acerca de cualquier riesgo que su cuidado de salud involucre. Debe ser informado por adelantado si cualquier cuidado o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que “no.”** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le pase a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se rechaza la cobertura de su cuidado de salud.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le niega el cuidado de salud que, en su opinión, usted debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual explica como pedirle al plan una decisión de cobertura.

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

Algunas veces, las personas no pueden tomar decisiones acerca del cuidado de la salud por si mismas debido a accidentes o enfermedades serias. Usted tiene derecho a decir lo que usted desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que ellos manejen su cuidado médico en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para establecer sus instrucciones antes de estas situaciones se conoce como “**instrucciones por anticipado**”. Existen diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes nombres para las mismas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder notarial para el cuidado de la salud**” son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para impartir sus instrucciones, a continuación le indicamos lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea obtener una instrucción anticipada, puede obtener este formulario de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de materiales de oficina. A veces, puede obtener un formulario de instrucción anticipada de organizaciones que informan acerca de Medicare.
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar contratar a un abogado para que le ayude a completarlo.
- **Entregar una copia a las personas apropiadas.** Usted debería entregar una copia del formulario a su médico y a la **persona designada en el** mismo para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También sería conveniente que entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si ya sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

- Si usted es internado, le preguntarán si ha firmado una instrucción anticipada y si la tiene con usted.
- Si no ha firmado una instrucción anticipada, el hospital dispone de formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que completar una instrucción anticipada es decisión suya (incluso si desea firmar una mientras está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminar en su contra basado en si ha firmado o no una instrucción anticipada.

¿Que sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante

New York State Department of Health
Corning Tower
Empire State Plaza
Albany, NY 12237

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si usted tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o cuidado de la salud, el Capítulo 9 de este manual le indica lo que debe hacer. Este capítulo le ofrece detalles sobre como tratar todo tipo de problemas y quejas.

Según se explica en el Capítulo 9, lo que usted debe hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de una manera justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información acerca de las apelaciones o quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que se le trata injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina para los Derechos Civiles

Si cree que fue tratado injustamente o que sus derechos no fueron respetados por razón de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina para los Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que fue tratado injustamente o que sus derechos no fueron respetados, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para su problema:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, consulte la Sección 3 en el Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, consulte la Sección 3 en el Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare o descargar la publicación “Your Medicare Rights and Protections”. (La publicación se encuentra disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación encontrará lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 le brindan detalles acerca de sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir lo que usted paga.
 - En los Capítulos 5 y 6 le brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurar que usted utiliza toda su cobertura en combinación cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Esto se conoce como "**coordinación de beneficios**" porque involucra la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios consulte la Sección 7 en el Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y demás proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y dándole continuidad a su cuidado de la salud.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de salud le brinden el mejor cuidado de la salud, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas médicos y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de informar a sus médicos sobre todos los medicamentos que tome, incluyendo suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y demás proveedores de cuidado de la salud le expliquen de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le ofrecen, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que se comporte de manera que ayude al funcionamiento sin inconvenientes del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Por consiguiente, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la parte B de Medicare para permanecer como miembros del plan.
 - Para recibir la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento. Esta

parte será un copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.

- Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan u otro seguro que usted tenga, usted debe pagar el costo total.
 - Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagar la multa para permanecer como miembro del plan.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, deberá pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Notifiquenos si se muda.** Si piensa mudarse, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede permanecer como miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 explica sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera del área de servicio de nuestro plan. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período Especial de Inscripción para inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también debemos saberlo** para poder mantener nuestro registro de miembros al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante notificarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene alguna duda o inquietud.** También aceptamos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y horario de llamadas de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.
 - Para más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	147
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	147
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?.....	147
SECCIÓN 2	Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros	148
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	148
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema?	148
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	148
SECCIÓN 4	Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 150	
Sección 4.1	Pedido de decisiones de cobertura y apelaciones: visión general.....	150
Sección 4.2	Cómo recibir ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	151
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le ofrece los detalles para <u>su</u> situación?.....	152
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación	152
Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	153
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea).....	154

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	157
Sección 5.4	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2.....	161
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?	163
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....		164
Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le demos un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	164
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	166
Sección 6.3	<i>Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones</i>	168
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción	168
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan	172
Sección 6.6	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2.....	174
SECCIÓN 7 Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.....		177
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare informándole sobre sus derechos.....	177
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	179
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	182
Sección 7.4	¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?	183

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto186

- Sección 8.1 *Esta sección es sobre tres servicios únicamente:* servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).186
- Sección 8.2 Le informaremos por adelantado la fecha de finalización de su cobertura.....187
- Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo.....188
- Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo.....190
- Sección 8.5 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?191

SECCIÓN 9 Presentación de su apelación desde el Nivel 3 en adelante.....194

- Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos194
- Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D196

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes198

- Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son tratados por el proceso de presentación de quejas?.....198
- Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"200
- Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja201
- Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad202
- Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja203

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos formales para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas usted debe utilizar el **proceso para la presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar la imparcialidad y el procesamiento rápido de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Los términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite se explican en este capítulo. Muchas personas desconocen estos términos y pueden tener dificultades para comprenderlos.

Para simplificar el tema, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales mediante palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización independiente examinadora” en lugar de “Entidad independiente examinadora”. También evita el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultar conveniente, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión al manejar su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces puede resultar confuso comenzar o continuar el proceso para manejar un problema. Esto es especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para tomar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que usted desee ayuda o asesoramiento de alguien que no tenga relación con nosotros. puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no tiene relación con nosotros, una compañía de seguros o un plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para manejar un problema que usted tenga. También pueden contestar sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Usted encontrará sus números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También puede recibir ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--

Si tiene algún problema o inquietud, únicamente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente lo ayudará.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su inquietud o problema específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Tiene un problema o inquietud sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con si determinados servicios médicos o medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados.)

Sí.

Tengo un problema sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 4, “Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

No tengo un problema sobre beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Pedido de decisiones de cobertura y apelaciones: visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, entre ellos problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que usted utiliza para asuntos tales como determinar si algo está cubierto y la manera en que está cubierto.

Pedido de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) de cobertura para usted cuando recibe atención médica de su parte o si su médico de red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionar atención médica que usted cree necesaria. Es decir que si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto paga. En algunos casos decidimos que un servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare para usted. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no se siente satisfecho con la misma, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si seguimos todas las normas adecuadamente. Su apelación es tratada por un grupo de revisores distinto al que tomó la decisión desfavorable en un principio. Después de completar la revisión, le informaremos nuestra decisión.

Si rechazamos parcial o totalmente su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente sin

relación con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a una organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo notificaremos. En otros casos, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2.) Si usted no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2 posiblemente pueda continuar a través de varios niveles más de apelaciones.

Sección 4.2	Cómo recibir ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

¿Desea recibir ayuda? A continuación le indicamos algunos recursos que posiblemente desee utilizar para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no tiene relación con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - Para servicios médicos, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 1, su médico deberá ser asignado como su representante.
 - Para obtener medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor deberá ser asignado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en representación suya.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que exista alguna persona legalmente autorizada a actuar como su representante bajo la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) y solicite el formulario para “Designación de representante”. (Este formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> El formulario autoriza a dicha persona a actuar en representación suya. Deberá ser firmado por usted y por la persona que usted designe para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado

de su colegio local de abogados u otro servicio de referencia. También existen grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Aun así, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le ofrece los detalles para <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene distintas normas y fechas límites, le brindamos detalles de cada una en una sección separada:

- La **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto” (*Se aplica sólo a los siguientes servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).*)

Si no está seguro acerca de qué sección utilizar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede recibir asistencia o información de organizaciones del gobierno tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual).

SECCIÓN 5 **Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación**



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección es sobre sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar el tema, por lo general haremos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” en cada ocasión.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que usted desea, y cree que nuestro plan cubre esta atención.
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que el plan cubre esta atención.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que usted cree que el plan debería cubrir, pero nosotros le hemos informado que no pagaremos por dicha atención.
4. Usted ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que usted cree que el plan debería cubrir, y desea solicitar un reembolso a nuestro plan por dicha atención.
5. Se le informa que se reducirá o terminará la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que autorizamos anteriormente, y cree que la reducción o finalización de esta atención podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que finalizará es por servicios de atención hospitalaria, de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo porque algunas normas especiales se aplican a estos tipos de atención. En dichas situaciones, debe leer lo siguiente:**
 - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto.* Esta sección es sobre tres servicios únicamente: servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones que involucran la finalización de la atención médica que está recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?	
Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si nuestro plan cubrirá atención o servicios médicos que usted desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Pase a la próxima sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Nuestro plan ya le ha informado que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico como usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea pedirle un reembolso a nuestro plan por atención o servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como **“determinación de la organización”**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una **“decisión rápida de cobertura”**.

Términos legales Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una **“decisión expeditiva”**.

Cómo solicitar cobertura de la atención médica que usted desea

- Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o que proporcionemos cobertura de la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles acerca de como comunicarse con nuestro plan, vaya a la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica.*

Por lo general, utilizamos los plazos estándar para informarle sobre nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos estándar a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días** después de recibir su solicitud.

- **No obstante, podríamos tomar hasta 14 días calendario adicionales**, si usted pide más tiempo o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos usar días adicionales para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
 - **No obstante, podemos tomar hasta 14 días adicionales**, si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos usar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamaciones, incluidas reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido.)
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar *puede causar daños graves a su salud o perjudicar su habilidad para funcionar*.

- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una respuesta rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
 - La carta también le indicará que puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud de cobertura de atención médica y le da una respuesta.

Plazos para una decisión “rápida” de cobertura

- Por lo general, en el caso de una decisión rápida de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - se explicara anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario bajo determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le comunicamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si hubiera un plazo de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se le indica cómo realizar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Plazos para una decisión “estándar” de cobertura

- Por lo general, en el caso de una decisión estándar de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días de recibir su solicitud**.
 - Podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) bajo determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le comunicamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días (o si hubiera un plazo de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se le indica cómo realizar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 14 días después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, esto significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se conoce como “reconsideración” del plan.
-------------------------	---

Paso 1: Usted se comunica con nuestro plan y presenta su apelación. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Si hace una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en la Sección 1 del capítulo 2 *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*).
 - Si una persona que no es su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante autorizando a dicha persona a representarlo. (Para obtener el formulario llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) y solicite el formulario para “Designación de Representante”. Este formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare
<http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), enviaremos su solicitud de apelación a una “Organización independiente examinadora” para su denegación.
- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para notificarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted deja pasar esta fecha límite y tiene una razón válida para hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas válidas para dejar pasar la fecha límite incluyen una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y añadir información para respaldar su apelación.**

- Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
- Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos para presentar su solicitud)

Términos legales Una “apelación rápida” se conoce como una “apelación expeditiva”
--

- Si usted apela una decisión sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones aparecen anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos una apelación rápida.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le da una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si es necesario. Podríamos ponernos en contacto con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo requiere.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo, o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos usar días adicionales para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización independiente examinadora para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días** calendario después de recibir su apelación si la misma es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su estado de salud así lo requiere.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo, o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo mencionado anteriormente (o al finalizar el plazo de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 30 días después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización independiente examinadora para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en todo o en parte, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización independiente examinadora”**. Cuando lo hacemos, esto significa que su apelación pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente** examinadora revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es “ Entidad independiente examinadora ”. En algunos casos se conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés)
-------------------------	---

Paso 1: La Organización independiente examinadora revisa su apelación.

- **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a entregarle a la Organización independiente examinadora más información para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si usted tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si usted tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización examinadora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- No obstante, si la Organización independiente examinadora necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

*Si usted tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si usted tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización examinadora debe

darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación.

- No obstante, si la Organización independiente examinadora necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Paso 2: La Organización independiente examinadora le da su respuesta.

La Organización independiente examinadora le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la organización examinadora responde que sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de 14 días calendario después de recibir la decisión de dicha organización.
- **Si esta organización responde que no en todo o en parte a su apelación**, esto significa que están de acuerdo con nosotros acerca de que su solicitud (o parte de la misma) de cobertura de atención médica no debe ser autorizada. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).
 - Debe haber un valor determinado monetario en disputa para continuar con el proceso de apelación. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que usted solicita debe cumplir con una cierta cantidad mínima. Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es final. La notificación por escrito que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará el valor monetario que usted debe reclamar para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si usted desea solicitarnos el pago de atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa la manera de enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Pedir un reembolso es pedir que tomemos una decisión de cobertura

Si usted nos envía la documentación solicitando un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para la utilización de su cobertura de atención médica (estas normas aparecen en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó esta cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de su atención médica dentro de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, esto equivale a responder *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no el enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por los servicios y detallando las razones de esto. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, esto equivale a responder *no* a su solicitud de una decisión de cobertura.)

¿Qué sucede si usted solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección. Consulte las instrucciones paso a paso en esta parte. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para recibir un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita a nuestro plan

que le devuelva dinero por atención médica que ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida.)

- Si la Organización independiente examinadora revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)?

Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le demos un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para recibir cobertura, un medicamento debe ser utilizado bajo indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección sólo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
- Para obtener detalles sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como “determinación de cobertura” .
-------------------------	---

A continuación encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluyendo:
 - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.
 - La solicitud de no aplicar una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (tales como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido
- Nos consulta si tiene cobertura de un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
 - *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no puede despachar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que pagemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla siguiente como ayuda para determinar qué parte contiene información para su situación:

<p>¿En cuál de estas situaciones se encuentra?</p>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Nos puede solicitar una decisión de cobertura.</p> <p>Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Nos puede solicitar un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)</p> <p>Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitar que el plan haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una receta, su médico u otro prescriptor deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su

solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro prescriptor pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. (Para abreviar la denominamos “Lista de medicamentos”.)

Términos legales	La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de “ excepción al Formulario ”.
-------------------------	--

- Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a los medicamentos en Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (si desea más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales	La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de “ excepción al Formulario ”.
-------------------------	---

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *El requisito de usar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
 - *La obtención de aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
 - *El requisito de probar un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “tratamiento escalonado”)
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones a la cantidad de medicamento que puede obtener.
- aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor. Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

Términos	La solicitud de pago de un precio preferido menor por
-----------------	---

legales un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una “**excepción de nivel**”.

- Si su medicamento se encuentra en el nivel 4 usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el nivel 3. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
- Si su medicamento se encuentra en el nivel 3 usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el nivel 2. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
- No puede solicitarnos un cambio en el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el nivel 3 o 5. .

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro prescriptor deben proporcionarnos una justificación que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

En general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad específica. Estas diferentes opciones se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta la finalización del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz para el tratamiento de su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se indica como solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una pronta respuesta,

debe pedirnos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida si nos pide el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su representante (u otro prescriptor) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos pide un reembolso por un medicamento, consulte la sección bajo el título, *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido*.
- **Usted su médico o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si usted desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento** primero lea el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además, indica como enviarnos la documentación donde se nos solicita el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la “justificación del médico”.** Su médico u otro prescriptor deben proporcionar las razones médicas de la excepción de medicamento que usted solicita. (Esto se conoce como la “justificación del médico”). Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la justificación por fax o correo. O bien, su médico u otro prescriptor pueden informarnos vía telefónica y posteriormente enviarnos la justificación escrita por fax o correo, si fuera necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita**, incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible(s) en nuestro sitio web.
- Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales	Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una “ determinación expeditiva de cobertura ”.
-------------------------	---

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos estándar a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la justificación de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide que le pagemos por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar *puede causar daños graves a su salud o perjudicar su habilidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro prescriptor nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro prescriptor), decidiremos si su salud requiere que le demos una respuesta rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico u otro prescriptor solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
 - La también le indicará que puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. Le informará cómo presentar una queja “rápida”, es decir que usted recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud y le da una respuesta.

Plazos para una decisión “rápida” de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalda su

solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días** calendarios después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más

adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se conoce como “redeterminación” del plan
-------------------------	---

Paso 1: Usted se comunica con nuestro plan y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si hace una apelación estándar, presente su apelación mediante una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en la Sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, usted puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*).

- **Debemos aceptar toda solicitud escrita**, incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para notificarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted deja pasar esta fecha límite y tiene una razón válida para hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas válidas para dejar pasar la fecha límite incluyen una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro prescriptor pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos legales	Una “apelación rápida” se conoce como una “redeterminación expeditiva”
-------------------------	--

- Si usted apela una decisión de nuestro plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y/o su médico u otro prescriptor deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le da una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podríamos ponernos en contacto con usted o su médico u otro prescriptor para obtener más información.

*Plazos para una **apelación “rápida”***

- • Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización independiente examinadora. Más adelante en esta sección, le

informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y la forma de apelar nuestra decisión.

*Plazos para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, puede solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización independiente examinadora. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y la forma de apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si continúa con el proceso de apelación y presenta *otra* apelación.

- Si nuestro plan rechaza su apelación, usted elige si acepta esta decisión o sigue adelante y presenta otra apelación.
 - Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte la sección siguiente).

Sección 6.6	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si nuestro plan rechaza su apelación, usted elige si acepta esta decisión o sigue adelante y presenta otra apelación. Si decide pasar a la apelación de Nivel 2, la **Organización**

independiente examinadora examina la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazó su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es “ Entidad independiente examinadora ”. En algunos casos se conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés)
-------------------------	--

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, debe comunicarse con la Organización independiente examinadora y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre la forma de presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización independiente examinadora. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización examinadora.
- Cuando usted presente una apelación a la Organización independiente examinadora, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a entregarle a la Organización independiente examinadora más información para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización independiente examinadora revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D dentro de nuestro plan.
- Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

*Plazos para la **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización independiente examinadora.
- Si la organización examinadora acepta otorgarle una “apelación rápida”, esta organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

- **Si la Organización independiente examinadora acepta su solicitud parcial o totalmente**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización examinadora **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

Plazos para la apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización examinadora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibirla.
- **Si la Organización independiente examinadora dice que sí en todo o en parte a su solicitud:**
 - Si la Organización independiente examinadora aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización examinadora **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.
 - Si la Organización independiente examinadora aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, **debemos enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización examinadora dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, esto significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará el valor monetario que usted debe reclamar para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura solicitada cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso que recibió después de su segunda apelación.

- La apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluyendo cualquier limitación a dicha cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que abandone el hospital. También le ayudarán a coordinar el cuidado que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día que usted abandona el hospital se conoce como **“fecha de alta”**. La cobertura de nuestro plan para su estadía en el hospital finaliza en esa fecha.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía de hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le indica cómo debe presentar su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare informándole sobre sus derechos
--

Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben este aviso cuando son admitidas en un hospital. Una persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso dentro de los dos días posteriores a su internación. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea este aviso detenidamente y pregunte si no lo comprende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente en un hospital, entre ellos:
 - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, de acuerdo con lo ordenado por su médico. Esto incluye el

- derecho a conocer cuáles son dichos servicios, quién pagará por los mismos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su estadía en el hospital, y quién pagará por la misma.
 - Dónde presentar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su decisión a apelar la decisión de darle el alta, si usted cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales	El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal formal de solicitar una prórroga en su fecha de alta para que nuestro plan cubra su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.)
-------------------------	---

- 2. Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
 - La firma del aviso *solo* muestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le comunica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le comunicarán su fecha de alta). La firma del aviso **no significa** que usted está de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso firmado para disponer fácilmente de la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si fuera necesario.
 - Si firma el aviso más de 2 días antes de abandonar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en la siguiente dirección en Internet
http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que nuestro plan cubra sus servicios de internación durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el procedimiento.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Esta organización verifica si la fecha de alta programada le conviene desde el punto de vista médico.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se le conoce como “revisión inmediata”.
-------------------------	---

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa como ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, usted debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de abandonar el hospital y **no después de la fecha**

programada para su alta. (Su “fecha programada de alta” es la fecha que se ha establecido para que usted deje el hospital).

- Si usted cumple con esta fecha límite, se permitirá que permanezca en el hospital *después* de su fecha de alta *sin que pague por su estadía* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- Si usted *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha programada de alta.
- Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta alternativa para presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que haga una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” quiere decir que usted pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se le conoce como “revisión inmediata” o “revisión expeditiva”.
-------------------------	---

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Salud (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que cree que la cobertura de servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información proporcionada por el hospital y por nuestro plan.
- Hacia el mediodía del día siguiente a que los revisores notificaron a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con la fecha programada de alta y detalles de los motivos por los cuales el médico, el hospital y nuestro plan pensamos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación por escrito se conoce como “Aviso detallado de alta”. Si desea obtener
-------------------------	---

una copia de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) También puede ver una copia del aviso en la siguiente dirección en Internet <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>

Paso 3: En el plazo de un día después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización examinadora responde *sí* a su apelación, **debemos continuar proporcionando los servicios cubiertos de internación por el tiempo que estos servicios sean necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles y copagos, si correspondieran). Además, pueden existir limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si organización examinadora responde *no* a su apelación, esto quiere decir que su fecha programada de alta es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios de internación finalizará** al mediodía del día *después* que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.
- Si la organización examinadora responde *no* a 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 en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha programada de alta, usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha programada de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revea la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha programada de alta.

Los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación son los siguientes:

Paso 1: Se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura de su atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán y le informarán la decisión sobre su apelación.

Si la organización revisora responde que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura de su cuidado de internación mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “confirmar la decisión”.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea avanzar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar su apelación a nuestro plan

Tal como se explicara anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y no con posterioridad a la fecha programada de alta). Si deja pasar la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* alternativa de Nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación expeditiva ”.
-------------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

- obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo a los plazos “rápidos” y no los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de su fecha programada de alta, verificando si era adecuada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha programada de alta era adecuada desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre la fecha en que debía dejar el hospital fue justa y cumplió con las normas.
- En esta situación utilizaremos los plazos "rápidos" y no los plazos estándar para darle nuestra respuesta a la revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicitó una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si respondemos sí a su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos de internación mientras sea necesario por razones médicas. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos no a su apelación rápida**, esto significa que su fecha programada de alta era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios de internación termina a partir del día en que anunciamos el fin de la cobertura.
 - Si usted permaneció en el hospital *después* de la fecha programada de alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada de alta.

Paso 4: Si nuestro plan *rechaza* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización independiente examinadora"**. Cuando lo hacemos, esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* alternativa de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la "Organización independiente examinadora" es " Entidad
-------------------------	---

independiente examinadora”. En algunos casos se conoce como **“IRE” (por sus siglas en inglés)**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización independiente examinadora.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización independiente examinadora dentro de las 24 horas del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización independiente examinadora realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. Debemos continuar proporcionando la cobertura de los servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** esto significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada de su alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
 - El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al Nivel 3 de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección es sobre tres servicios <u>únicamente</u>: servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</i>
--------------------	--

Esta sección es sobre los siguientes tipos de atención médica *únicamente*:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted recibe.
- **Atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Si desea conocer los requisitos para ser considerado como un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Cuidado de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o lesión, o que se está recuperando de una operación compleja. (Para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando usted recibe alguno de estos tipos de atención, tiene el derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras el cuidado sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación aplicable, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que ya es tiempo de dejar de cubrir alguno de estos tres tipos de atención, debemos informarle de antemano. Cuando su cobertura de dicha atención finalice, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que ponemos fin a la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le informaremos por adelantado la fecha de finalización de su cobertura
--------------------	--

- 1. Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o centro que esté prestando su atención le entregará un aviso.
 - Este aviso por escrito le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - El aviso por escrito también le informa lo que puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie esta decisión sobre el fin de su atención y siga ofreciendo cobertura durante un período más prolongado.

Términos legales	Al decirle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa que puede solicitar una “apelación rápida” . La solicitud de una apelación rápida es un medio legal formal para solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura relacionada con el fin de su atención. (La Sección 7.3 siguiente indica cómo solicitar una apelación rápida).
-------------------------	---

Términos legales	Este aviso por escrito se conoce como “Aviso de no cobertura de Medicare” . Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia del aviso en la siguiente dirección en Internet http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

- 2. Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.**
 - Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma del aviso *solo* muestra que usted recibió la información sobre la fecha de finalización de su cobertura. **Su firma no significa que usted está de acuerdo** con el plan sobre poner fin a la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si usted desea solicitar que el plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el procedimiento.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos aplicables a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir ciertos plazos. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención recibida por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo dejar de cubrir determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió le informa como ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

¿Qué debe pedir?

- Solicite que esta organización realice una revisión independiente sobre la conveniencia médica de que el plan ponga fin a la cobertura de sus servicios médicos.

Fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito informándole que nuestro plan dejará de cubrir su atención.*
- Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta alternativa para presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Salud (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que cree que la cobertura de servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información proporcionada por nuestro plan.
- Al finalizar el día los revisores nos informarán sobre su apelación y usted recibirá un aviso por escrito del plan explicando en detalle nuestras razones para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Términos legales	Este aviso se conoce como “ Explicación detallada de no cobertura ”.
-------------------------	---

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, **debemos continuar ofreciéndole servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles y copagos, si correspondieran). Por otra parte, pueden existir limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, **su cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral

ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revea la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su cuidado de la salud en el hogar, atención del servicio de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha que le comunicamos para la finalización de su cobertura.

Los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación son los siguientes:

Paso 1: Se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de la cobertura de su atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán y le informarán la decisión sobre su apelación.

¿Qué sucede si la organización examinadora dicen que sí a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. **Debemos continuar proporcionando** cobertura de su atención mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización examinadora dice que no?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que arroja un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta dicha decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar su apelación a nuestro plan

Tal como se explicara anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si deja pasar la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación alternativa* de Nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Los pasos para la apelación alternativa de Nivel 1 son los siguientes:

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación expeditiva ”.
-------------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

- obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo a los plazos “rápidos” y no los plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando determinamos la fecha para poner fin a la cobertura del plan de los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” y no los plazos estándar para darle nuestra respuesta a la revisión. (Por lo general, si usted presenta una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y le proporcionamos una “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas requieren que le proporcionemos una respuesta rápida si usted la solicita).

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicitó una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** esto significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo, y continuaremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos después de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si nuestro plan *rechaza* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización independiente examinadora”**. Cuando lo hacemos, esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación alternativa* de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es “ Entidad independiente examinadora ”. En algunos casos se conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés)
-------------------------	--

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización independiente examinadora.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización independiente examinadora dentro de las 24 horas del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización independiente examinadora realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de finalización de su cobertura. Además, debemos continuar proporcionando cobertura de su atención mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe

continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización dice que *no* a su apelación**, esto significa que está de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles acerca de cómo pasar al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que arroja un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta dicha decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Presentación de su apelación desde el Nivel 3 en adelante

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos
--

Esta sección podría servirle si usted presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación le indicamos quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de derecho administrativo responde que sí a su apelación, el proceso de apelación *podría o no* terminar:** nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización independiente examinadora), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable a usted.
 - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documentación que la acompañe. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo responde que no a su apelación, el proceso de apelación *podría o no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará que hacer si usted elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría o no* terminar:** nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización independiente examinadora), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable a usted.
 - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría o no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas permiten que usted pase al Nivel 5 de apelación. Si las normas lo permiten, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso en el proceso administrativo de apelación.

Sección 9.2	Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Esta sección podría servirle si usted presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló cumple con un valor monetario determinado, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. La respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación le indicamos quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** autorizada por el juez de derecho administrativo **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones rápidas) o realizar el pago antes de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará que hacer si usted elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el Gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** autorizada por el Consejo de Apelaciones **dentro de 72 horas (24 horas**

en el caso de apelaciones rápidas) o realizar el pago antes de 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas permiten que usted pase al Nivel 5 de apelación. Si las normas lo permiten, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Este es el último paso en el proceso de apelación.

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**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son tratados por el proceso de presentación de quejas?

Esta sección le explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso para presentar quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación presentamos algunos ejemplos de los tipos de problemas tratados por el proceso de presentación de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, usted puede “presentar una queja”

Calidad de la atención médica

- ¿Está descontento con la calidad de la atención recibida (incluyendo la atención hospitalaria)?

Respeto de su privacidad

- ¿Piensa que alguna persona violó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted cree debería ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado, u otro comportamiento negativo

- ¿Alguna persona le faltó el respeto?
- ¿Está descontento con el trato que le brindó Servicios para Miembros?
- ¿Siente que lo están impulsando a abandonar el plan?

Tiempos de espera

- ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o espera demasiado para obtenerla?
- ¿Tuvo que esperar a sus médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud durante mucho tiempo? ¿O a nuestros Servicios para Miembros u otros empleados del plan?
 - Los ejemplos de esto incluyen largas esperas en el teléfono, la sala de espera o la sala de exámenes, o al comprar un medicamento.

Higiene

- ¿Está descontento con la higiene o el estado de una clínica, hospital o consultorio?

Información proporcionada por el plan

- ¿Cree que no le enviamos un aviso que teníamos la obligación de entregarle?
- ¿Piensa que la información que le proporcionamos por escrito es difícil de entender?

La próxima página tiene más ejemplos de razones para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras acciones con relación a decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted solicita una decisión o presenta una apelación, use dicho proceso y no el proceso para presentar quejas.

Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o realizó una apelación, y piensa que no estamos brindando una respuesta con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación presentamos algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja.
- Si cree que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que usted presentó, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando nuestro plan no le da una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización independiente examinadora. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos legales

- Lo que esta sección llama “queja” también se conoce como “queja formal”.
- Otro término para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

- Otra forma de decir “**usar el proceso para presentar una queja**” es “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo hará saber. Llame a 1-877-233-7058 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 am - 8:00 pm
- **Si no desea llamar (o llamó y no está satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si se queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Quality Health Plans of New York
2805 Veterans Memorial Highway
Suite 17
Ronkonkoma, NY 11779

- Las decisiones estándar de quejas se harán a más tardar treinta (30) días desde la fecha en que recibimos su queja, a menos que el plazo para que se extienda una decisión. Usted tiene el derecho de presentar una (rápida) queja acelerada si: Usted pidió una decisión rápida por un servicio, y nos decidimos a procesarlo bajo nuestra (no urgente) marco de tiempo reglamentario, o si usted pidió una apelación rápida para un servicio, y nos decidimos a procesarlo bajo nuestra (no urgente) marco de tiempo reglamentario. Decisiones aceleradas de quejas se harán a más tardar veinticuatro (24) horas a partir del momento en que recibimos su queja formal acelerada
- **Tanto si llama como si escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Debe presentar su queja dentro de 60 días calendario después del problema por el cual desea quejarse.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente recibirá una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que recibirá una respuesta dentro de 24 horas.

Términos legales Lo que esta sección llama “**queja rápida**” también se conoce como “**queja formal acelerada**”.

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

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, eso es lo que haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (44 días en total) para responder su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para la misma. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad
---------------------	---

Usted puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención recibida mediante el proceso paso a paso que se describió anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentar su queja a nuestro plan).
 - La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para solucionar su queja.
- **O puede presentar su queja a ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan y a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja respecto de Advantage Silver Queens directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10. Terminación de la membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	205
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía con nuestro plan.....	205
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía con nuestro plan?	205
Sección 2.1	Usted puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	205
Sección 2.2	Usted puede terminar su membresía durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas.....	206
Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	207
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?	208
SECCIÓN 3	¿Cómo puede terminar su membresía con nuestro plan?.....	209
Sección 3.1	Por lo general, usted puede terminar su membresía al inscribirse en otro plan.....	209
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	210
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan.....	210
SECCIÓN 5	Advantage Silver Queens debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones	211
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en nuestro plan?	211
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud.....	212
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	212

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía con nuestro plan
--------------------	---

La terminación de su membresía en Advantage Silver Queens puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión)

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Hay solo determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en las que usted puede terminar su membresía en el plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede terminar su membresía.
 - El proceso de terminación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que seleccione. La Sección 3 le indica *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las cuales usted no elige abandonar el plan, pero debe terminar su membresía. La Sección 5 le explica *las situaciones* en las que debe terminar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía con nuestro plan?

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para abandonar el plan durante otros momentos del año.

Sección 2.1	Usted puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período anual de elección coordinada”). Este es el momento cuando usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión de cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Durante este período, usted puede revisar su cobertura de salud y de medicamentos recetados. Puede elegir mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura

para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de plan:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
- El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – o – el plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si pasa a Medicare Original y no se inscribe en otro plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2	Usted puede terminar su membresía durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas
--------------------	---

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período anual de terminación de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de terminación de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde el 1 de Enero hasta el 14 de Febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el período anual de terminación de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede terminar su inscripción al Plan Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de Febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba sus solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de Advantage Silver Queens pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, usted es elegible para terminar su inscripción durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para el pago de las recetas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
 - El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

- – o – el plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si pasa a Medicare Original y no se inscribe en otro plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?
--------------------	---

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
- Puede encontrar la información en el Manual *Medicare y Usted 2014*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía con nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted puede terminar su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 en este capítulo para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan al plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la terminación de nuestro plan. Existen dos formas para que usted solicite su terminación:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
- --o-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla siguiente explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente será dado de baja de Advantage Silver Queens cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• El plan Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados	• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
de Medicare por separado.	Automáticamente será dado de baja de Advantage Silver Queens cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• El plan Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.<ul style="list-style-type: none">○ Nota: si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito de terminación. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su terminación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Será dado de baja de Advantage Silver Queens cuando comience la cobertura de su plan Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan
--

Si usted deja Advantage Silver Queens, puede pasar algún tiempo hasta que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare entre en efecto. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para presentar sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos recetados únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red incluyendo los servicios de farmacia por correo.
- **Si usted se encuentra hospitalizado el día en que termina su membresía, por lo general nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se termine su membresía** (aun cuando usted sea dado de alta después del comienzo de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Advantage Silver Queens debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en nuestro plan?
--

Advantage Silver Queens debe terminar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:

- Si usted no permanece inscrito en las Partes A y B de Medicare de forma continua.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
 - Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o se va de viaje por un tiempo prolongado, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual).
- Si usted es enviado a prisión.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que usted tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)
- Si continuamente se comporta de manera perjudicial y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)
 - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare solicite una investigación por el Inspector General.
- Si usted debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual)

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud
--------------------	--

Advantage Silver Queens no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le está solicitando que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar la Sección 10 en el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	214
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	214
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador	
secundario	214

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales se podrían aplicar porque son requeridas por ley. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades aún si dichas leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) bajo la Ley del Seguro Social. Además, se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por razón de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, creencias, edad o nacionalidad de origen. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo 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, todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que corresponda por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, , Advantage Silver Queens, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center): es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period): el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. El Período de inscripción anual es desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre.

Apelación (Appeal): una apelación es la acción que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de salud o medicamentos recetados, o de pago por servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cesar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería recibir. El Capítulo 9 explica qué son las apelaciones, incluyendo el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Facturación de saldos (Balance Billing): cuando un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le cobra a un paciente por encima de la cantidad de costo compartido permitido por del plan. Como miembro de Advantage Silver Queens usted únicamente debe pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos” o le cobren una cantidad mayor a la que el plan dice que le corresponde pagar.

Período de beneficio (Benefit Period): es la forma en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de servicios de hospital y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención de internación en el hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días continuos. Si usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de la finalización de un período de beneficio, un nuevo período comienza. La cantidad de períodos de beneficio no tiene límites.

Medicamento de marca (Brand Name Drug): medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Por otra parte, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no se encuentran disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica (Catastrophic Coverage Stage): etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$4,700 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica como ponerse en contacto con los CMS.

Coseguro (Coinsurance): Una cantidad que usted podría llegar a pagar como su parte del costo de los servicios medicamentos recetados El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del lenguaje servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (Copayment): la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento. Por lo general, el copago es una cantidad fija en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita médica o el medicamento recetado.

Costo compartido (Cost Sharing): hace referencia a las cantidades que debe pagar el miembro por los medicamentos o servicios recibidos El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto de "copago" fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) toda cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Posiblemente se aplique una "tasa de costo compartido diaria" cuando el médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago.

Nivel de costo compartido (Cost-Sharing Tier): todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Determinación de cobertura (Coverage Determination): decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y en ésta le informan que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se conocen como "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos (Covered Drugs): término que utilizamos para denominar a todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Servicios cubiertos (Covered Services): término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados (Creditable Prescription Drug Coverage): cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio y como mínimo, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia (Custodial Care): el cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas oculares. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Tasa de costo compartido diaria (Daily cost-sharing rate): puede aplicarse una "tasa de costo compartido diaria" cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diaria es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Porejemplo: Si su copago de un suministro para un suministro de un mes es \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diaria es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando presenta su receta.

Deducible (Deductible): la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Darse de baja o terminación (Disenroll or Disenrollment): proceso mediante el cual finaliza la membresía con nuestro plan. La terminación puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no es su propia decisión).

Tarifa de suministro (Dispensing Fee): una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo por despachar la receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment): determinado equipo médico que es solicitado por su médico por motivos médicos. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Emergencia (Emergency): una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.

Atención de emergencia (Emergency Care): servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación (Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information): este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción (Exception): tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el Formulario del patrocinador del plan (excepción al Formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido preferido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al Formulario).

Ayuda Adicional (Extra Help): un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar por los costos de la cobertura de medicamentos recetados, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico (Generic Drug): medicamento recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo inferior.

Queja formal (Grievance): tipo de queja que realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas.

Asistente para el cuidado de la salud en el hogar (Home Health Aid): proporciona servicios que no requieren la experiencia de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

Internación hospitalaria (Hospital Inpatient Stay): una estadía en el hospital cuando fue admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio".

Límite de cobertura inicial (Initial Coverage Limit): límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial (Initial Coverage Stage): es la etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos alcancen los \$2,960, incluyendo las cantidades que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre.

Período inicial de inscripción (Initial Enrollment Period): cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen o se prevé que residan durante 90 días consecutivos o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes internos. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales que presta servicios a residentes de centros de LTC que cuentan con Medicare debe tener un contrato con (o ser propietario y administrar) el centro específico de LTC.

Plan Equivalente Institucional de Necesidades Especiales (Institutional Equivalent Special Needs Plan, SNP): un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero requieren un nivel institucional de atención médica según la evaluación del Estado. La evaluación debe ser llevada a cabo mediante la misma herramienta de evaluación del nivel de atención respectivo del Estado y por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan de Necesidades Especiales podría limitar la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) bajo contrato si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty): monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare, si permanece sin cubierta acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período de 63 días consecutivos o más. Este monto más elevado lo pagará mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe Ayuda Adicional, usted no paga la multa, incluso si permanece sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados.

Lista de medicamentos recetados (Formulario o “Lista de medicamentos”) (List of Covered Drugs (Formulary or “Drug List”)) : lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo (Maximum Out-of-Pocket Amount): la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la red de las Partes A y B. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no se tendrán en cuenta para su

cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1. para obtener información acerca de la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica) (Medicaid (or Medical Assistance)): programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada (Medically Accepted Indication): el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

Necesario por razones médicas (Medically Necessary): los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicare (Medicare): programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un Plan de Costos de Medicare, un plan PACE, o un Plan Medicare Advantage.

Período de terminación de Medicare Advantage (Medicare Advantage Disenrollment Period): momento establecido cada año en que los miembros en un plan Medicare Advantage pueden terminar su inscripción al plan y cambiar a Medicare Original. El Período de terminación de Medicare Advantage se extiende desde el 1 de Enero hasta el 14 de Febrero de 2014.

Plan Medicare Advantage (MA) (Medicare Advantage (MA) Plan): también llamado plan Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en una Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan dentro de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conoce como **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal Terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de Costos de Medicare (Medicare Cost Plan): un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico

Competitivo (CMP) de conformidad con el contrato de reembolso de costos de la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura (Medicare Coverage Gap Discount Program): programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período de Brecha en la Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen un descuento.

Servicios cubiertos de Medicare (Medicare-Covered Services): servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare (Medicare Health Plan): un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de las Partes A y B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) (Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Part D)): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare) (“Medigap” (Medicare Supplement Insurance) Policy): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “brechas” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del plan”) (Member (Member of our Plan, or “Plan Member”): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros (Member Services): departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Farmacia de la red (Network Pharmacy): una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de

los casos, sus medicamentos están cubiertos sólo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red (Network Provider): término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y demás centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinan y proporcionan servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según el acuerdo que tenga con ellos o si dichos proveedores están de acuerdo con proporcionar servicios cubiertos por el plan. También se los puede denominar “proveedores del plan”.

Determinación de la organización (Organization Determination): el plan Medicare Advantage, realiza una determinación de la organización cuando ésta toma una decisión sobre los servicios o artículos cubiertos o la cantidad a pagar por los mismos. El proveedor de la red o el centro del plan Medicare Advantage también han tomado una determinación de la organización cuando provee un artículo o servicio, o lo refiere a un proveedor fuera de la red para conseguir un artículo o servicio. En este manual, las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original (Original Medicare) (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Dentro de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red (Out-of-Network Pharmacy): farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red (Out-of-Network Provider or Out-of-Network Facility): proveedores o centros con quienes no hemos acordado coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red no están empleados, no pertenecen, no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios médicos cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Gastos directos de su bolsillo (Out-of-Pocket Costs): consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

Plan PACE (PACE plan): un plan PACE (Programa de atención integral para personas de la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y cuidado a largo plazo para personas débiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) mientras les sea posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C (Part C): consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D (Part D): programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

Medicamentos de la Parte D (Part D Drugs): medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la lista específica de los medicamentos cubiertos en el Formulario). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

Plan Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization Plan, PPO): es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un Plan (PPO) debe cubrir todos los beneficios del plan que se reciben de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos directos de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima (Premium): el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Médico de cuidados primarios (Primary Care Physician/Provider, PCP): es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidados primarios es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es la persona que habla con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención y lo refiere. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su médico de cuidados primarios antes de ver a cualquier otro médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información acerca del médico de cuidados primarios.

Autorización previa (Prior Authorization): aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden figurar o no en nuestro Formulario. Algunos servicios

médicos de la red están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red reciben nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidad (Quantity Limits): herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período específico.

Servicios de rehabilitación (Rehabilitation Services): estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio (Service Area): el área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se prestan los servicios médicos (que no sean de emergencia). El plan podría darle de baja si usted se muda fuera del área de servicio de forma permanente.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): atención de enfermería especializada y de rehabilitación prestada de manera continuada y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de dicha atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindados por una enfermera licenciada o por un médico.

Período de inscripción especial (Special Enrollment Period): el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan): tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más focalizada para grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o quienes tienen ciertas enfermedades médicas crónicas.

Tratamiento escalonado (Step Therapy): herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de un problema de salud antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Ingreso Suplementario del Seguro (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Atención de urgencia (Urgently Needed Care): la atención de urgencia es proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o enfermedad imprevista pero no de emergencia que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles.

Servicios para Miembros de Advantage Silver Queens

LLAME	1-877-233-7058 Las llamadas a este número son gratis. Las horas y los días son Domingo a Sábado, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 1 de Octubre al 14 de Febrero y de Lunes a Viernes, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 15 de Febrero al 30 Septiembre. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas y los días son Domingo a Sabado, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 1 de Octubre al 14 de Febrero y de Lunes a Viernes, de 8:00 am - 8:00 pm del Este del 15 de Febrero al 30 Septiembre.
FAX	1-877-817-1008
ESCRIBA A	2805 Veterans Memorial Hwy, Suite 17, Ronkonkoma, NY
SITIO WEB	www.qualityhealthplansny.com

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York SHIP)

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

LLAME	1-800-701-0501
ESCRIBA A	Suffolk County Office for the Aging P.O. Box 6100 - H. Lee Dennison Building 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099 Nassau County Office of Children and Family Services 510 Hempstead Turnpike Suite 202 West Hempstead, New York 11552 New York City Department for the Aging Two Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/